

Psicoterapeuta in formazione ai tempi della pandemia

Quando criticità e creatività si incontrano
di *Flavia Tomarelli*

"Psicoanalisi delle pulsioni" e "psicoanalisi della relazione"

Due modelli inconciliabili e alternativi oppure complementari?
di *Fulvio Frati*

Il bambino di suono

La percezione uditiva in epoca pre e neonatale
di *Gianluca Caldana*

Le rubriche

Ieri, oggi, domani

Domande e risposte
di *Emanuele Santirocco e Sergio Erba*

Per coltivare pensieri

Terapeuti in formazione

Caso clinico, di *Alessio Tortorella*



**il RUOLO[®]
TERAPEUTICO**

i QUADERNI

**Antologia semestrale
di clinica e formazione psicoanalitica**

N°

giugno 2023

ì **QUADERNI** del
RUOLO TERAPEUTICO

N° **14** giugno 2023

DIREZIONE

Carmelo Di Prima, Raffaella Bricchetti, Flavia Tomarelli

HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO

Antonietta Falcone Loredana Muraca
Roberta Giampietri Antonio Santoro
Massimiliano Mariani Rosalba Torretta
Franco Merlini Vallj Vecchiato
Simona Montali

COORDINAMENTO EDITORIALE

Ennio Mazzei

PROGETTO GRAFICO

Sergio Agazzi

sommario

EDITORIALE

Massimiliano Mariani 5

Costruendo ponti, *Massimiliano Mariani* 8

Riflessioni di una psicoterapeuta in formazione ai tempi della pandemia, *Flavia Tomarelli* 16

**“Psicoanalisi delle pulsioni” e “psicoanalisi della relazione”:
due modelli inconciliabili e alternativi oppure complementari?**
Fulvio Frati 28

**Il bambino di suono. La funzione della percezione uditiva
nello sviluppo in epoca prenatale e neonatale**,
Gianluca Caldana 72

Setting come limite e limite del setting, *Franco Merlini* 82

IERI, OGGI, DOMANI

Domande e risposte,
intervista di Sergio Erba a Emanuele Santirocco 104

PER COLTIVARE PENSIERI

Un anno di guerra, *di Erika Klein* 123

In ricordo di Franco Rotelli, *di Roberta Giampietri* 126

Tirocinio gustato, tirocinio ricordato, *di Maria Chiara Amari* 128

TERAPEUTI IN FORMAZIONE

Caso clinico, *Alessio Tortorella* 130

DAL DIARIO DI UNA VECCHIA PSICOANALISTA

Riparazione, *Laura Schwarz* 156

NOTA PER I COLLABORATORI

Gli autori che desiderano proporci i loro contributi possono farlo inviandoli all'indirizzo mail sotto indicato, mettendo in oggetto: per redazione.

I lavori saranno sottoposti alla valutazione della direzione che comunicherà all'interessato modalità e tempi di pubblicazione. In caso contrario, l'interessato verrà informato, senza che la direzione sia tenuta a fornire motivazioni. I lavori, qualora accettati, verranno pubblicati integralmente ed eventuali modifiche che la direzione ritenesse opportune saranno preventivamente discusse e concordate con gli autori.

Ricordiamo che sono molto apprezzati anche scritti di medici, infermieri, educatori, operatori delle relazioni d'aiuto a vario titolo e che il nostro dibattito è sempre aperto al mondo degli insegnanti e, non per ultimo, al mondo dei pazienti.

La direzione è a disposizione per eventuali chiarimenti.

Il Ruolo Terapeutico srl • via Giovanni Milani 12, 20133 Milano
Tel 02 706 36 457 • E mail: ilruoloterapeutico@fastwebnet.it
www.ilruoloterapeutico.com • facebook.com/ilRuolo

L'editoriale è uno spazio di apertura, di "accensione" e condivisione di aspetti e riflessioni cui si vorrebbe dar la possibilità di essere guardati con occhi più attenti e incuriosenti.

Ecco perché si è deciso di dedicare l'editoriale di questo numero della rivista a *Proximæ*, associazione nata dal desiderio di un gruppo di psicoterapeuti formatisi presso la scuola del *Ruolo Terapeutico* che hanno deciso di impegnarsi nel sociale.

È proprio dei principi e dei valori fondanti il *Ruolo* che si nutrono le tante attività e progetti che ogni giorno animano questa associazione, che vorremmo far conoscere attraverso gli occhi – o meglio il cuore – di chi ha piantato i semi che l'hanno portata a divenire quella che è, una fiorente realtà alimentata dal desiderio di cura e partecipazione.

Flavia Tomarelli

Il Ruolo Terapeutico ha da sempre a cuore il tema dell'accessibilità alla cura psicologica, credendo fermamente nell'importanza di dare una risposta a qualunque domanda di aiuto, indipendentemente dalla situazione economica e sociale di chi ne sia portatore. Per questo motivo si è sempre fatto promotore di iniziative che cercassero quanto più possibile di garantire questo spazio di risposta.

In continuità con questa tradizione è nato il desiderio di diversi terapeuti del centro clinico di costituirsi in un'associazione senza fini di lucro che garantisse la possibilità di continuare a offrire uno spazio di accoglienza e supporto per richieste caratterizzate da situazioni di marcato disagio sociale o economico: questa è la genesi di *Proximæ*.

Nei primi passi abbiamo pensato a cosa volessimo che questa idea incarnasse come cardini della nostra proposta di intervento e abbiamo individuato le parole "vicinanza, ascolto, cura" che riteniamo essere gli assi cartesiani del nostro muoverci, come associazione e come terapeuti.

Vicinanza come relazione, tra chi cura e chi è accolto ma anche tra le diverse realtà e associazioni che cercano di dare un contributo nell'occuparsi di queste necessità profonde. Viviamo immersi in un tessuto sociale che talvolta appare liso e sfilacciato ma ricco di grandi iniziative e tentativi di intervento che spesso faticano a incontrarsi e dialogare: noi speriamo di dare il nostro contributo nel costruire sul territorio una rete di aiuto aperta, capillare e viva.

Ascolto tra persone, che si fanno prossime, appunto, e che scelgono di occuparsi del disagio e della sofferenza, di accogliere la voce della solitudine, delle fatiche, delle paure, che spesso rimangono inascoltate. Ma ascolto anche dei bisogni e delle aspettative che vengono dalla nostra società, da chi ne fa parte e da chi se ne occupa: altre persone, associazioni, enti, che scelgono di mettersi in gioco e rendersi attivi nell'occuparsi dell'altro. Da qui l'ultima parola...

Cura: la cura per chi è intorno a noi, per chi chiede aiuto, per chi è altro da noi e incrocia a vario titolo il nostro cammino. Quella cura della relazione e della persona, in un accoglimento libero, autentico e non giudicante che era il cardine vivo del pensiero di Sergio Erba e della sua idea di relazione terapeutica e umana.

La nascita di *Proximæ* come ente del terzo settore si propone proprio di incarnare questi valori secondo diversi livelli di intervento.

Un livello di intervento diretto sui bisogni della società con progetti ad hoc finanziati in rete con enti e associazioni del settore, ad esempio le iniziative *Social Connection* e *Pro-Te-Go*,

che hanno proposto interventi di supporto diretto per rispondere ai disagi sociali emersi durante il lockdown e nel post pandemia.

Un livello di intervento indiretto, con iniziative volte a costruire una rete di associazioni partner con cui dialogare, costruire risposte di aiuto più articolate e aderenti alle caratteristiche specifiche del bisogno che di volta in volta si incontra e che spesso è variegato e necessita di interventi da più punti di vista e con diverse figure professionali. All'interno di quest'area sono state proposte e avviate varie attività di supervisione e supporto a diversi professionisti della cura nello svolgimento delle loro attività specifiche.

Un livello di supporto a chi vuole attivarsi professionalmente in ambito sociale, con iniziative volte ad aiutare chi abbia un'idea di una possibile area d'intervento o abbia a vario titolo intercettato un particolare bisogno sociale in cui ci sia margine per sviluppare e avviare un progetto. Ci proponiamo di fornire supporto nel pensarlo, scriverlo, proporlo, metterlo a terra, cercare di reperire i fondi necessari ad avviarlo e aiutare chi lo propone supportandolo in ogni passo di questo percorso. Questo specifico pensiero si propone di essere d'aiuto a giovani colleghi che si affacciano al mondo del lavoro con energie e desiderio di avviare qualcosa di bello e che spesso rischiano di trovarsi in difficoltà o spaesati nei primi passi della costruzione di un intervento di cura strutturato.

Pur con tutte le difficoltà relative al dare l'avvio a un progetto ambizioso nei cui valori crediamo molto, sentiamo che questi primi passi mossi sono stati ricchi di opportunità ed esperienze e ci hanno permesso di iniziare a costruire le prime maglie di quella rete di protezione e cura che speriamo possa continuare ad ampliarsi, consentendoci di essere d'aiuto a quante più persone possibile ce lo chiedano e, nel nostro piccolo, di contribuire a promuovere quella società - caratterizzata da accoglienza, dialogo, inclusione e cura - che permette di fare emergere il meglio che noi come persone abbiamo da offrire.

Massimiliano Mariani

Lo scritto che segue è tratto da un intervento all'incontro **Le Migrazioni Forzate**, organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Lombardia nel novembre 2022 all'interno dell'iniziativa *La Psicologia per i diritti umani*, presso La Casa della Psicologia.

Costruendo ponti

*“Un confuso partire, ignoto l’arrivo
Non più l’ora o del giorno, ma se arrivi e da vivo
Ma nei cuori si allarga un respiro
Che ci spinge a andare ad osare sul mare.”*
(F. Guccini, *Migranti*)

Cosa significa per ciascuno di noi, professionisti della cura, accogliere e cercare di prestare aiuto a chi viene da una realtà tanto tragica da esser dovuto fuggire abbandonando tutto o quasi?

In primo luogo, a costo di sottolineare quella che pare un’ovvietà, significa incontrare persone che portano con sé e ci portano un immenso dolore. L’angoscia, quella disposizione d’animo che per definizione toglie il fiato ed è disperante, nel senso che cancella ogni speranza, è spesso pervasiva.

Ciascuna di queste persone ha perso molto se non tutto: affetti, radici, proprietà, quotidianità, prospettive e progetti. Talvolta la voglia stessa di vivere. Ciascuno di loro ci porta il racconto di una vita in cui l’idea di morte ha fatto irruzione con prepotenza, strappando loro la difesa principale che tutti noi abbiamo contro questa angoscia: guardare da un’altra parte, in senso più o meno letterale. Viene alla mente il titolo della splendida opera di Yalom *Fissando il sole*. È una visione troppo dolorosa, ci occorre distogliere lo sguardo, ma in alcune situazioni questo diviene molto difficile, se non quasi impossibile.

Quando parlo di idea di morte non intendo solo la morte intesa in senso fisico, reale e palpabile, diretta o indiretta – spesso, comunque, tragicamente e amaramente presente – ma la perdita di una narrazione di sé e della propria vita: del tessuto stesso degli affetti e della quotidianità, che sono proprio le risorse a cui più spesso ci appoggiamo per affrontare il dolore.

I dati ci dicono che quasi uno su tre dei migranti forzati è portatore di una manifestazione patologica della tragedia vissuta: disturbo post-traumatico e depressione ne sono gli esempi più diffusi.

Mi sono preso qualche minuto per fare un quadro a tinte così fosche della situazione perché credo sia necessario avere un'idea precisa dell'entità di quello che queste persone hanno affrontato e con cui noi ci misuriamo nel tentativo di essere di aiuto. Queste immagini non fanno giustizia all'afflato vitale, ai sorrisi e all'autentico entusiasmo carico di speranza che molte di queste persone sono capaci di testimoniarmi, però ritengo che anche in questi casi sia necessario avere sempre dentro di noi la consapevolezza dell'esistenza di ferite profonde, a volte manifeste in modo travolgente, altre più sottili e invisibili ma non meno dolorose.

Questa premessa per dire quanto mi sembri illusoria l'idea di poter "capire" o anche solo "intuire" quanto queste persone abbiano perso e quanto profonde, delicate e dolorose siano le questioni di cui siamo chiamati a occuparci. Un dolore e delle ferite che ci verranno portate in tanti modi – unici, differenti e irripetibili – quante saranno le persone che incontreremo.

Come figure di aiuto è necessario, in primo luogo, cercare di liberarci di qualunque idea di "capire" e "conoscere" quel dolore che, per nostra fortuna, ci è estraneo almeno in questi termini. In caso contrario rischieremmo di perdere di vista proprio loro: le persone che ci proponiamo di aiutare.

Voglio raccontare l'episodio che mi ha fatto intuire quanto il vivere e misurarsi con contesti estremi possa apparirci lontano, quasi inimmaginabile: ricordo un uomo di origine serba con cui ho avuto modo di fare un percorso anni fa. Lui era ormai in Italia da parecchi anni a seguito di una migrazione post-bellica. D'un tratto, durante un incontro in cui mi stava

raccontando della sua esperienza scolastica, si fermò a riflettere. Non gli veniva in mente come poter tradurre in italiano la materia che insegna ai bambini come riconoscere ed evitare incidenti con ordigni bellici inesplosi, come mine, granate o missili. In quel momento mi sono reso conto che tra di noi la distanza non era solo linguistica: io non avevo mai immaginato fino ad allora che potesse essere necessario insegnare qualcosa del genere a un bambino di 6 o 7 anni. E a livello puramente logico la necessità è dolorosamente ovvia. Lui non aveva mai potuto immaginare la vita in un contesto estraneo alla guerra che di una materia del genere non aveva necessità. In quel momento mi sono sentito schifosamente fortunato a essere nato in una parte privilegiata del mondo.

Chi vive o cresce in queste realtà le ha dentro di sé a una tale e strutturale profondità che noi, a livello individuale e mi pare anche sociale, faticiamo solo a immaginare. Di conseguenza il rischio di perdere di vista, di dare per scontato, di sottovalutare è immenso e come ben sappiamo non c'è aiuto, non c'è cura, se non c'è una relazione in cui l'altro possa sentirsi visto, rispettato e accolto.

Ma allora come attrezzarci per incontrare questo dolore, queste ferite, che sembrano così immense, fornendo nel contempo un contenitore all'angoscia e gli strumenti necessari perché le persone possano imparare a conviverci, trovargli posto dentro di sé e riprendersi spazio vitale?

Credo in primo luogo che sia necessario (di sicuro per me è stato così) poter lasciare andare le nostre aspettative su ciò che crediamo di poter sapere o dover fare, in modo da lasciare in noi spazio per accogliere la domanda di aiuto di ciascuno, unica nella sua specificità, qualunque forma essa prenda.

Come dare un aiuto che li accompagni nel dar voce alle proprie ferite e riprendersi un pezzo di vita? Accogliere e saper stare con queste emozioni senza esserne travolti e senza farle nostre, diventando testimonianza viva nella relazione che a quel dolore si può sopravvivere, non tenendolo lontano ma rimanendo in una posizione di infinito rispetto e delicatezza. Partendo da culture, lingue, attribuzioni di senso e significati così diversi mi pare sia necessario aiutarli a scoprire e conoscere chi siamo noi partendo dall'ascolto e dall'incontro con

chi sono loro, prima di tutto nel “qui e ora” della specificità dell’intervento di aiuto. Ogni ruolo ha vincoli, confini e spazi di manovra diversi ed è nella relazione che io curante posso giocare il mio ruolo e la mia funzione.

È questo che mi pare significhi la nostra più grande possibilità di intervento: farci ponte tra due verità diverse, a molti livelli. Ponte tra due vite, una prima e una dopo, con regole, aspettative e confini differenti. Ponte tra due mondi e due culture, quella che era e quella che sarà. Ponte tra due modi di vivere il dolore, da disperante e angoscioso a qualcosa che ha un posto dentro di sé e che non ha più il potere di negare la vita.

Siamo chiamati a testimoniare durante quell’incontro l’esistenza di uno spazio per il dolore, che non solo non viene annientato da esso ma anzi è tanto forte da contenerlo e da aiutare a trovargli un posto anche dentro di sé in modo che non invada tutto.

Di quali attrezzi possiamo disporre per fare tutto ciò? Cosa possiamo usare per affrontare qualcosa di così delicato? Come guardare un’angoscia paralizzante senza venirci a nostra volta pietrificati? Penso al mito di Perseo e della Gorgone: per non rimanere pietrificato è stato necessario inserire uno specchio, un terzo in cui guardare insieme. Riprendo un esempio di uno dei miei maestri su questo tema citando *La vita è bella* di Benigni: come parlare di qualcosa di terribile come la vita di un bambino in un campo di sterminio senza che l’angoscia ci congeli? Vestendolo di un gioco.

Ciò che intendo è che in questo contesto mi pare ci sia richiesto di lasciare il setting più tradizionale del nostro intervento per aprirci a nuove strade lungo le quali occuparci degli altri, strade in cui poter introdurre un fare comune, un lavoro di rete più che mai inestimabile, un modo di mettersi in gioco dove i nostri strumenti possano essere più duttili: non privi di quelle “maniglie” che l’aver fatto proprio il nostro ruolo ci garantisce, ma interiorizzando il più possibile quel setting che di solito ci è così prezioso anche nella forma, rendendone più vera, solida e autentica possibile la sostanza. Introdurre un fare comune o altri analoghi elementi terzi come uno strumento di cura che ci permetta di guardare insieme qualcosa, pur con

le nostre differenze, senza sprofondare nell'abisso che rischia di consumare anche noi. Non a caso, nei contesti più estremi, tra gli operatori si sente parlare sempre più spesso del fenomeno del burnout.

Riflettiamo qualche secondo ora invece sull'aspetto più socioculturale del costruire un'accoglienza: nel tentativo di dare una risposta quanto più possibile adeguata a una così complessa e delicata mole di bisogno, mi pare che il nostro approccio come realtà nazionale talvolta fatichi a riconoscere l'immensità del compito che richiediamo alle persone che fanno richiesta di asilo per le più disparate ragioni. Mi spiego meglio: spesso la nostra richiesta sistemica, mediata dalle comprensibili e forse inevitabili necessità gestionali, normative e burocratiche, chiede di fatto a queste persone di fidarsi e di affidarsi a un sistema che promette di occuparsi di loro al meglio ma che di fatto si perde in tempi e modi spesso estremamente lunghi e di difficilissima comprensione perfino per noi che ne facciamo parte, figuratevi per qualcuno che incontra per la prima volta una realtà simile.

Chiediamo di aspettare, di portare pazienza, in poche parole di STARE. Purtroppo, però, a volte faticiamo a intuire che larghissime parti di chi accede a questi percorsi proviene in un modo o nell'altro da culture improntate sul fare: per molte persone questo FARE è uno strumento fondamentale. L'agire, il muoversi, il piano concreto come orizzonte che aiuta a mantenere una parte di controllo su ciò che resta della propria vita. Nel contesto delle migrazioni forzate è proprio la scelta di agire, costretti a lasciare una vita alle proprie spalle, che fa da motore alla speranza di costruirne una nuova. Rinunciare a questo poter agire per affidarsi in paziente attesa a un meccanismo burocratico che agisce in vece tua lascia il vuoto, un vuoto in cui stare, un vuoto carico di fantasmi. Ricordo un ragazzo dell'Africa Centrale laureato, colto, informato e molto brillante. Nel raccontare la sua storia che lo ha costretto a scappare dalla sua terra per sfuggire al suo compito di nascita di diventare sacerdote di un culto tribale – anche a costo delle vite di diversi amici che lo hanno aiutato e che per questo sono stati uccisi – mi disse che tutto quello che aveva visto e vissuto, aveva lasciato solchi dentro di lui e crepe che gli ren-

devano quasi intollerabili l'attesa e il silenzio. "Quando stai fermo gli spiriti ti raggiungono" furono le sue parole.

Ecco il rischio che a livello di tessuto sociale si crei una distanza profonda. Quelle che attraverso la nostra lente culturale sembrano richieste minime e di poco conto, come fidarsi e portare pazienza, possano trasformarsi se non comprese e riconosciute in elementi di separazione e distanza. In fondo è intuibile che chiedere ciò a qualcuno che per poter vivere ha dovuto lasciare in fretta una terra che per qualche motivo lo ha tradito sia incredibilmente gravoso: se avessero mantenuto fiducia e attesa prima della loro partenza, probabilmente ora non potrebbero raccontarcelo.

Questi sono gli elementi che mi pare ci possano aiutare a mettere dei paletti che ci permettano questo delicato ruolo di facilitatori dell'integrazione e della costruzione di una nuova vita che cerchi di coniugare nel "qui e ora" passato e futuro, vecchia vita e nuova vita, dolore e speranza. Se si riesce a guardarlo con i dovuti strumenti, il sole è molto bello.

Riflessioni di una psicoterapeuta in formazione ai tempi della pandemia

INTRODUZIONE

Un tempo – fatto di mesi, giorni e attimi – che tutti ricorderemo, quello vissuto e che ancora viviamo. Lo ricorderemo per l'improvviso sopraggiungere di un virus che ci ha costretto a fare i conti con la paura più primitiva e viscerale – la paura della morte – quella paura oggi troppo poco rispettata perché dissonante con l'immagine di "uomo invincibile" ostentata dalla nostra società, quella paura che impone di scontrarsi con la cruda verità che ci ricorda che, no, non tutto è possibile, non sempre.

Lo ricorderemo per "il Re nudo", per l'innegabile fallibilità umana di fronte a un male che sembrava inarrestabile. Lo ricorderemo per le distanze forzate, per gli abbracci mancati, per le mani che si cercano senza potersi incontrare.

Lo ricorderemo per la paura del domani, per l'angoscia di non sapere quando, se e come questo domani sarebbe arrivato.

Ma lo ricorderemo anche per altro o, almeno, così io voglio sperare.

Lo ricorderemo per la riscoperta del valore dei legami, quei legami che abbiamo spesso bistrattato, calpestato, ignorato insieme alla nostra stessa natura perché, se mai ce ne fossimo dimenticati, l'uomo è e sempre sarà un animale sociale.

Lo ricorderemo per la ritrovata e rinnovata consapevolezza

za dell'indispensabilità dell'Altro, le cui parole, i cui sorrisi, sguardi ed emozioni determinano quell'umanità di cui esser parte è per l'uomo desiderio, ancor prima che bisogno.

Lo ricorderemo per le parole più attente, per l'ascolto più profondo, per la presenza più presente.

Lo ricorderemo per i vuoti mai così tanto pieni.

E io lo ricorderò anche per "la mia prima volta da remoto". Non era passato molto tempo da quando avevo varcato le porte del CPS in cui avrei svolto il tirocinio come specializzando in psicoterapia. Mai avrei pensato di ritrovarmi, un anno dopo, in mezzo a una pandemia che – tra le altre cose – mi avrebbe richiesto di sperimentare nuove modalità di abitare quel ruolo che, al tempo, ancora nemmeno mi autorizzavo a incarnare: il ruolo della terapeuta.

LA STRUTTURA: SETTING E RUOLO

All'inizio, il disorientamento. L'umanità piombata in questa nuova condizione, fatta di isolamento e chiusure. Si sa il perché, si fanno ipotesi sul "da quando" ma nulla si conosce sul "per quanto". In questa incertezza, come muoversi con i pazienti?

"Il terapeuta deve garantire il rispetto di una promessa, che è la promessa di coerenza, presenza e continuità". Queste le parole che avevo ascoltato durante una delle giornate seminariali organizzate dalla mia Scuola di psicoterapia. Queste le parole che mi spinsero – in accordo con il mio tutor – a riprendere le sedute, abbandonando la diffidenza che – ammetto – inizialmente nutrivo verso la ormai dilagante modalità "a distanza".

Niente più studio del CPS, nessuna scrivania a creare spazio tra me e il paziente. Al suo posto lo schermo del computer, piazzato su di un tavolino posizionato per l'occasione nell'angolazione della mia camera capace di offrire lo sfondo più adeguato possibile. O meglio, quello che io sentivo il più adeguato. Nulla a che vedere con lo stereotipo dell'"analista in grigio" ma comunque capace e desideroso di tutelare il paziente e me da invasioni di campo non necessariamente dannose ma sicuramente poco utili.

Un aspetto del setting – quello più prettamente fisico – era

stato riorganizzato. Toccava adesso a un'altra questione, quella dell'orario delle sedute. Certo, il tempo ora non mancava. Non era questo, tuttavia, un valido motivo per smettere di mantenere per quei lunghi mesi giorno e orario definiti. Anzi, ritengo che la prevedibilità del setting – nella cadenza regolare delle sedute – sia stata bussola preziosa per orientarsi nel tempo dilatato e indefinito del lockdown, un tempo in cui il rischio di perdersi era costante.

Ambiente, orario, durata e frequenza delle sedute erano stati stabiliti. Ma è davvero “solo” questo il setting? O meglio, questi aspetti sono sufficienti a fare del setting qualcosa di utile?

Il setting è quella cornice fissa entro la quale il ruolo dell'analista può essere esercitato. Questa la frase che avevo sentito ripetere innumerevoli volte durante gli anni trascorsi all'Università. Sentito ma non acquisito, astratta convinzione suggerita da altri e assunta per verità.

Cos'è che mi era mancato? Il perché, era questo che mi era sempre sfuggito. Quel perché che avevo potuto iniziare a cogliere nel corso di quel primo anno di Scuola di psicoterapia. Un perché fatto di tre parole: costanza, stabilità e non interpretabilità. Questi gli aspetti fondanti ruolo e setting, questi gli aspetti che ne spiegano lo stretto e imprescindibile legame. E credo che sia stata proprio tale comprensione della funzione del setting rispetto al ruolo a permettermi di non “scompensarmi” di fronte all'evidente impossibilità di replicare in modo impeccabile un pacchetto di regole fisse e immutabili.

Non è la forma ma la sostanza del setting a permettere di svolgere il ruolo di analista. E se la sostanza è interiorizzata – se il setting lo si porta dentro di Sé – l'analisi può sopravvivere anche a modificazioni della forma. Dalla sostanza alla forma, dal setting esterno al setting interno. Ecco perché – pur con tutte le difficoltà del caso – la terapia poteva andare avanti anche attraverso lo schermo di un computer, ospite delle case – dei pazienti e mia – anziché dello studio del CPS. Come cita l'omonimo articolo di Sergio Erba, “il setting siamo noi” (Erba, 2008, p. 3). Ecco svelato quel famoso perché che a lungo mi era mancato, quel perché che tanto avevo cercato e che ora – anche grazie a questa esperienza – posso dire di aver trovato.

DALLA STRUTTURA AL PROCESSO: LE IMPLICAZIONI DEL NUOVO SETTING NELLA TERAPIA

“Sistemata” la struttura – setting e ruolo – occorre occuparsi del processo. È di questo – e del suo disordine creativo – che la struttura è confine e contenitore. Processo e struttura proprio come fiume e argine: l’uno trova senso nel suo donarlo all’altro.

La complessità – e anche lo stimolo – è stata rappresentata dall’insorgere di nuovi aspetti da interrogare, relativi al modificato setting fisico. Il disattivare il video, il collegarsi vestiti di tutto punto o ancora in pigiama, le – a volte improbabili – postazioni scelte per farlo. Tutti aspetti, questi, che possono esser sì dati di realtà ma che il nostro lavoro ci richiede di falsificare – o meglio di interrogare – evitando di etichettarli sbrigativamente come tali. Ché è proprio in questo che consiste la bellezza e la ricchezza del processo: nella possibilità di meravigliarsi. Ed è una possibilità infinita, tanto quanto lo è quella di esercitare la propria funzione interrogante all’interno della relazione terapeutica. La domanda – mossa da sana e autentica curiosità verso l’Altro – è il più prezioso apriporta sul mondo del paziente, e non solo. È il mezzo che permette di scorgere orizzonti dall’interno di una stanza chiusa.

L’interrogare la realtà del paziente insieme al paziente – mettendosi al servizio delle risposte che lui, e lui soltanto, potrà darsi – offre uno spazio condiviso di pensiero. Uno spazio unico e irripetibile, esattamente come la relazione in cui trova senso e nutrimento, frutto dell’incontro tra due mondi, tra due universi soggettivi.

Di struttura sì – ma non di sovrastrutture – necessita la relazione, una volta stabilitasi, per poter essere luogo e strumento del processo terapeutico. Ed è così che apparenti ostacoli – quali, tra gli altri, la distanza fisica – possono divenire elemento di stimolo e di arricchimento. Perché questo possa avvenire è necessario porsi di fronte all’Altro senza artifici, farsi guidare dalle proprie risonanze e, attraverso queste, incontrare la sua realtà.

Nel mestiere della psicoterapia dobbiamo imparare ad abbassarci, a recuperare questa curiosità impertinente che nasce dal basso, poiché è dal basso che occorre partire se vogliamo arri-

vare in alto, alle grandi questioni, alle supreme domande. La nostra curiosità, che ci fa interrogare l'universo che ci circonda, porta il segno della sua origine infantile. [...] I bambini sono impertinenti, trasgressivi per natura, carogne per vocazione, irriducibili e appassionati, delicati e violenti, fragili e durissimi, sacri e dissacranti. In una parola, curiosi. (Pellizzari, 2002, p. 133)

Ascoltare e agire la curiosità, innalzandoci fino a incontrare il bambino che siamo stati. E proprio come bambini – intenti a correre ma sempre capaci di fermarsi, di ammirare e di lasciarsi catturare da un dettaglio, da una sfumatura, da un colore o un nuovo odore – smettere di “rincorrere” il tempo per iniziare a “respirarlo” davvero, immergendosi nel “qui e ora”. I bambini, quanta perspicacia in così poca esperienza! È come se sapessero già che in quel fermarsi, in realtà, si nasconde la più grande ricchezza: la possibilità di meravigliarsi. Sì, perché è solo avendo il coraggio di “frenare”, scrollandosi di dosso la fretta di dover arrivare – chissà dove, poi – che ci si può immergere nella realtà, contemplandola e incontrandola nella sua complessità. Come bambini che inseguono le bolle di sapone, rincorrere un pensiero involontario e non progettante, un pensiero che nasce senza un senso ma che lo racchiude tutto. Come bambini, non aver paura di chiedere “perché?” poiché è proprio dietro a quei “perché?” – all’interrogarsi e all’interrogare – che si nasconde la più alta forma di amore verso l’Altro e il suo universo. La curiosità – se autentica – è cura, dedizione, è partecipazione. La curiosità è “amore”.

L'ANGOSCIA COLLETTIVA: CON-TENERE IL CON-DIVISO.

Pandemia, dal greco *pan-demos*, significa “tutto il popolo”. Il suo incombere, una mano di vernice scura a coprire e – solo apparentemente – indifferenziare la varietà di *murales* rappresentativi della vita di ognuno. Una situazione che non ha risparmiato nessuno, nella quale non è vero che si è stati tutti uguali ma (im)posti di fronte alla vulnerabilità del proprio essere umano – quello – sì.

Un'angoscia collettiva e arcaica con la quale anch'io mi trovavo a fare i conti. Ormai da qualche anno intenta a prendermi cura della mia “ferita” e a tenerla in considerazione nel-

la relazione con i pazienti, mi ritrovavo ora nel bel mezzo di un'esperienza emotiva informe che facevo fatica ad arginare. Come potevo svolgere la funzione di "holding" (Winnicott, 1965) per il paziente se non riuscivo a contenere neanche la mia di angoscia? Fu tale domanda che portai in supervisione, durante una delle giornate della Scuola che – fortunatamente – era stata nel frattempo riattivata da remoto.

"Fare di meno, esserci di più". Questo il prezioso insegnamento che avevo potuto trarre dal confronto con il supervisore e con i miei colleghi. Semplice, si potrebbe pensare. Nient'affatto, soprattutto per chi – come me – stava ancora muovendo i primi passi nella stanza d'analisi, se non altro come terapeuta. Sì, perché è alto il rischio di saturare con il fare uno spazio che agli inizi non sempre ci si autorizza ad abitare. Vestire il camice della professionalità, nascondersi dietro la trincea del dovere, falsificando se stessi e la relazione con i pazienti. E io quel camice me l'ero cucito addosso. Tanto meno mi sentivo all'altezza del ruolo che ero chiamata a svolgere, tanto più mi ci avvolgevo. Così tanto e così bene che finivo per sparirci dentro, negandomi così alla relazione autentica con il paziente.

Esattamente come il dovere riempiva la (di)stanza, io riempivo le sedute di domande, sollecitazioni, osservazioni che però si rivelavano vuote, perché mosse non da un autentico interesse e curiosità verso il paziente ma dalla mia foga prestazionale, dalla mia ansia di dover fare, riuscire, dimostrare. L'inutilità di questo fare, di questo meccanico parlare, si rivelava ancor più evidente nel suo riempire qualcosa che era già difficile da contenere, fino quasi a farlo debordare.

Imparare a tollerare e contenere la frustrazione di non avere una risposta per tutto. Questo il traguardo che si deve aiutare il paziente a raggiungere, offrendo se stessi come testimoni incarnati di tale potenzialità. E come farlo? Spendendosi autenticamente nella relazione con l'Altro, non tramite tecniche e teorie ma attraverso la capacità di stare e di restare.

Indipendentemente dal fatto che io avessi bisogno di un contenitore, potevo esserlo per i miei pazienti. In che modo? Abitando il mio ruolo con autenticità. Questo significava anche poter condividere le paure legate a una situazione che ci

vedeva tutti coinvolti. Ché, se ce ne fosse ancora qualche dubbio, il terapeuta non è chiamato a fare invidia al paziente.

Ho potuto constatare quanto l'ammettere di aver paura possa ridurre le distanze e stimolare il paziente a sviluppare le proprie potenzialità in una relazione che – pur restando asimmetrica nei ruoli – trova senso e nutrimento nella reciproca partecipazione.

“È bastato” mettere da parte le intellettualizzazioni, le lucide osservazioni, i commenti colti e altisonanti per far spazio al sentire, quel sentire che viene soffocato dal “troppo pieno” di “chiacchiere” sterili e fini a se stesse e che – al contrario – ha bisogno di silenzio, di un vuoto che vuoto non è, di (di)stanze interne e di giuste frequenze per generare un pensiero curioso e incuriosente.

Le sofferenze, del terapeuta e del paziente, si mitigano facendo entrare un Altro. Dopotutto, la terapia stessa altro non è se non fare posto a un Altro. Ciò è possibile solo se ci si muove nello spazio affettivo che si configura quale “spazio transizionale”, elemento terzo che permette al paziente e al terapeuta di farsi vicendevolmente entrare, di fare l'uno posto all'Altro, reciprocamente.

Nel momento in cui avevo deciso di condividere la mia difficoltà in supervisione e di chiedere aiuto mi ero affidata a un Altro – il gruppo, più grande e competente di me – e lo avevo fatto entrare. Venendo in terapia, seduta dopo seduta, in qualche modo i pazienti stavano facendo posto alla mia persona. Ora toccava a me fare spazio a loro, assumendomi la responsabilità del mio ruolo, quella responsabilità il cui riconoscimento e accettazione è condizione imprescindibile affinché il terapeuta possa dar vita “all'affascinante, faticoso, sempre nuovo e aperto gioco dei ‘perché’, al servizio di altri che, come lui, cercano risposte sulla propria ‘sofferenza’” (Erba, 1995, p. 107).

ANALISI PERSONALE E SUPERVISIONE: GLI STRUMENTI DEL TERAPEUTA-PERSONA

Può il terapeuta questo “gioco” affrontarlo da solo? Certamente potrebbe, in che modo e a quale prezzo – per Sé ma soprattutto per il paziente – non saprei.

Sulla scorta dell'esperienza che ho maturato in questi anni,

sento di poter affermare l'imprescindibilità che il terapeuta – qualunque siano la sua esperienza e maturità – si prenda costantemente cura del suo essere strumento partecipe e coinvolto della e nella relazione terapeutica. In che modo? Analisi personale e supervisione. Credo che questa – prima ancora che necessaria – sia una scelta etica nei confronti di chi, a quel terapeuta, si rivolge. Come ci si può anche solo avvicinare alla ferita dell'Altro senza essersi prima presi cura di Sé?

Il terapeuta può comprendere la sofferenza dell'Altro solo riconoscendo e integrando la propria, non come debolezza o fragilità, ma come forza e strumento per poter lasciare entrare ed entrare in contatto con l'Altro. Riportando le parole di Aldo Carotenuto nella sua opera *Lettera aperta a un apprendista stregone*:

[...] sicché la tua scelta è proprio tua; nasce da un tuo bisogno, antico, precocissimo. Insomma un non-evento della tua personale preistoria, che però ha lasciato la sua traccia indelebile nella tua personalità allora in formazione. Non una cicatrice, ma una ferita ancora aperta, non rimarginata. Ma tu sai, caro il mio Apprendista Stregone, che a proposito di quella ferita io mi servo volentieri di un gioco di parole, peraltro assolutamente legittimo sul piano etimologico: è una "ferita", ed è una "feritoia", un minuscolo varco che ti consente di tenere d'occhio il tuo mondo interiore, di scrutare e indagare la parte più misteriosa e segreta di te stesso, la parte "sommersa" [...] Guai allo psicoterapeuta che non cresce coi suoi pazienti, perché se è vero che attraverso i pazienti egli cura sé stesso, è altrettanto vero che egli cura i pazienti attraverso sé stesso. E se lui ha smesso di crescere, che aiuto potrà dare al paziente? (Carotenuto, 1998, p. 55)

Analisi personale e supervisione, gli strumenti per continuare a crescere e per poter fare dei propri vissuti un elemento al servizio della relazione terapeutica, anziché distruttivo della stessa. Se non ne fossi stata già profondamente convinta, in quei lunghi mesi di *lockdown* ne ho avuta ulteriore conferma. Paure, sofferenze e stravolgimenti riattivavano vissuti e ne slantizzavano altri. E no, non sto parlando solo dei pazienti. Parlo anche di me, come persona e inevitabilmente come terapeuta.

Analisi personale e supervisione: il doppio binario che, di

pari passo, mi ha costantemente aiutato – allora come ora - ad acquisire una maggiore e più consapevole competenza alla relazione, con me stessa e quindi con l'Altro. La prima, consentendomi di prendermi cura della mia ferita che in essa trova spazio e accoglienza; la seconda – la supervisione, nel mio caso di gruppo – nel suo essere un'opportunità unica di crescita reciproca, crescita che si concretizza tramite quel “dare e avere” che solo l'incontro e la condivisione di esperienze e percorsi differenti sono capaci di generare. Il gruppo, a seconda dei casi e dei momenti, è capace di divenire quell'Altro in cui rispecchiarsi, in cui sentirsi accolto, in cui rifugiarsi e, perché no, con il quale “scontrarsi”. Quel gruppo che – proprio come un faro nel bel mezzo di una burrasca – non indica la strada ma la illumina affinché ognuno possa giungere a trovare la propria.

Analisi personale e supervisione, gli strumenti con i quali sento di aver potuto affrontare gli stravolgimenti di quel periodo, come persona ancor prima che come terapeuta. Questi gli alleati con i quali sento di voler vivere “l'affascinante, faticoso, sempre nuovo e aperto gioco dei ‘perché’” (Erba, 1995, p. 107) al servizio di un Altro, portatore di aspetti di cui posso raggiungere un riconoscimento autentico – laddove posso – anche grazie alla mia ferita, agli occhi e al cuore attento con cui la guardo, alla cura che sempre le rivolgo.

CONCLUSIONI

Rileggendo questo elaborato mi rendo conto di essere stata forse poco “tecnica” nella descrizione di come io abbia affrontato il mio essere una psicoterapeuta in formazione durante la pandemia. La verità è che ho scritto queste poche pagine scegliendo di dare priorità a quello che per me priorità si è rivelato in quei mesi così difficili, nel vivere il mio ruolo di terapeuta. Questo non significa che alla tecnica non dia importanza, lungi da me – se non fosse per altro, per inclinazione personale – qualsiasi forma di improvvisazione e spontaneismo. Ché tra spontaneità e spontaneismo c'è una profonda differenza. La spontaneità permette di incontrare l'Altro nella propria autenticità, ponendosi umanamente sullo stesso livello pur mantenendo un'imprescindibile asimmetria di ruoli.

Lo spontaneismo, invece, è un'invasione di campo agita non in funzione del paziente ma del terapeuta e dei suoi bisogni. Niente a che vedere con l'essere presente in maniera totale – con la propria personale disposizione, le proprie esperienze formative e personali, le proprie teorie – nella relazione con l'Altro.

È proprio a questa relazione che ho cercato di dare enfasi in questo breve scritto, ritenendola teatro e strumento del lavoro terapeutico. Una relazione – quella terapeutica – in cui non devono mai mancare quell'autenticità, curiosità e fiducia necessarie per incontrare l'Altro e per accendere in quest'ultimo il desiderio di incontrarsi a sua volta. Una relazione che necessita – per essere tale – di un setting, di una struttura capace di porre limiti e confini. Limiti e confini che, a differenza di quelli cui siamo abituati, avvicinano anziché allontanare poiché posti a tutela di uno spazio – emotivo ancor prima che fisico – unico e irripetibile, terreno fertile in cui la relazione può trovare senso e nutrimento.

Lo spazio della terapia è lo spazio della relazione. E non basta uno studio, una targhetta appesa alla porta o un lettino a definirlo, bensì la partecipazione e il coinvolgimento di due persone che – dalla loro asimmetria di ruolo – scelgono di incamminarsi insieme lungo un sentiero capace di aprire orizzonti sull'affascinante, mai definibile e misteriosa complessità del vivere.

Concludo con le parole di Pellizzari che hanno ispirato un mio sentito pensiero, anche riferito al difficile periodo pandemico che tutti noi abbiamo vissuto e che ancora – nelle conseguenze che ha lasciato – ci troviamo e ci ritroveremo a vivere. Un pensiero tramutatosi poi in dedica, con la quale saluto questo breve scritto:

Ognuno di noi è come un albero che cerca la luce. Alcuni nascono pioppi, in un campo aperto si dirigono con sicurezza verso l'alto, dritti come le antenne di una nave. Altri, ahimè, nascono in circostanze più accidentate e per cercare la luce assumono, come i fichi, forme contorte e assai poco lineari, ma non per questo meno efficaci e, in definitiva, meno belle. (Pellizzari, 2002, p. 78)

*Alle forme contorte,
al vento e alle tempeste
che permettono all'albero di diventare grande.*

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Carotenuto, A. (1998). *Lettera aperta a un apprendista stregone*. Milano: Bompiani, 1998.
- Erba, S. (1995). *Domanda e risposta*. Milano: Il Ruolo Terapeutico Editore, 1995.
- Erba, S. (2008). *Il setting siamo noi*. In S. Erba (Ed.), *Teoria clinica del Ruolo* (pp. 3-10). Milano: Il Ruolo Terapeutico Editore, 2019.
- Erba, S. (2008). *La ferita primaria*. In S. Erba (Ed.), *Teoria clinica del Ruolo* (pp. 183-191). Milano: Il Ruolo Terapeutico Editore, 2019.
- Pellizzari, G. (2002). *L'apprendista terapeuta*. Torino: Bollati Boringhieri, 2011.
- Winnicott, D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando Editore, 2000.

**“Psicoanalisi
delle pulsioni”
e “psicoanalisi
della relazione”:
due modelli
inconciliabili
e alternativi
oppure
complementari?**

INTRODUZIONE: LA TEORIA DELLE PULSIONI DALLE ORIGINI AI NOSTRI GIORNI

Storicamente, sin dalla sua iniziale formulazione a opera di Sigmund Freud, la Psicoanalisi ha evidenziato tra i suoi principali presupposti teorici un ruolo fondamentale, alla base delle motivazioni dei comportamenti umani, assegnato alle cosiddette *pulsioni*. Questo concetto di pulsione è stato esplicitamente introdotto da Freud nel 1905, nel suo testo *Tre saggi sulla teoria sessuale*, all'interno del quale egli lo definisce con le seguenti parole: "Per 'pulsione' noi innanzitutto non possiamo intendere nient'altro che la rappresentanza psichica di una fonte di stimolo in continuo flusso, endosomatica, a differenza dello 'stimolo', il quale è prodotto da eccitamenti isolati e provenienti dall'esterno" (Freud, 1905, p. 51).

In questo testo, in particolare, tale termine appare riferito soprattutto, anche se certamente in modo non esclusivo, alle rappresentanze psichiche inerenti alla sfera sessuale; già nel primo di questi *Tre saggi sulla teoria sessuale*, inoltre, Freud

inserisce due ulteriori termini strettamente connessi proprio con la pulsione sessuale, vale a dire quelli di *oggetto* e di *meta*: “Introduciamo due termini: chiamiamo la persona dalla quale parte l’attrazione sessuale, oggetto sessuale, l’azione verso la quale la pulsione spinge, meta sessuale” (Freud, 1905, p. 18).

Una significativa precisazione ulteriore del concetto di pulsione viene poi avanzata da Freud nel suo lavoro del 1915 *Pulsioni e loro destini*, uno dei cinque saggi che compongono la sua opera *Metapsicologia*. Qui egli fornisce del termine pulsione una definizione più ampia e precisa, che la collega strettamente ad altri quattro concetti che ad essa appaiono inevitabilmente connessi (vale a dire quelli di *spinta*, di *meta*, di *oggetto* e di *fonte*).

La pulsione ci appare come un concetto al confine tra lo psichico e il somatico, come il rappresentante psichico degli stimoli che traggono origine dall’interno del corpo e pervengono alla psiche, come una misura delle operazioni che vengono richieste alla sfera psichica in forza della sua connessione con quella corporea [...]. Per spinta di una pulsione s’intende l’elemento motorio, la somma di forze o la misura delle operazioni richieste che essa rappresenta [...]. La meta di una pulsione è in ogni caso il soddisfacimento che può essere raggiunto soltanto sopprimendo lo stato di stimolazione alla fonte della pulsione [...]. Oggetto della pulsione è ciò in relazione a cui, o mediante cui, la pulsione può raggiungere la sua meta [...]. Per fonte della pulsione si intende quel processo somatico che si svolge in un organo o parte del corpo il cui stimolo è rappresentato nella vita psichica dalla pulsione. (Freud, 1915, pp. 17-19)

Con questo testo del 1915 la teorizzazione di Freud riguardo al concetto di pulsione assume pertanto una forma più precisa, che vede le pulsioni raggruppabili all’incirca in due “specie” tra loro differenti che, in questa fase, l’Autore definirà rispettivamente come *pulsioni sessuali* e *pulsioni dell’Io*.

Peraltro già in precedenza, cioè all’incirca sino al 1911, Freud era apparso abbastanza orientato a conformarsi alla concezione, abbastanza condivisa tra gli studiosi del tempo, secondo cui le pulsioni sessuali (all’interno delle quali Freud ricomprese in questa fase iniziale anche l’aggressività, a causa

dell'evidente presenza di quest'ultima nelle varie forme del sadismo sessuale) avevano essenzialmente lo scopo "naturale" di salvaguardare la conservazione della specie, mentre quelle da lui chiamate "dell'Io" erano essenzialmente finalizzate all'obiettivo della salvaguardia della vita dell'individuo. Per tale ragione egli, già a partire dal 1910 (in particolare nel suo scritto *I disturbi visivi psicogeni nell'interpretazione psicoanalitica*) ricomprende nella medesima categoria delle pulsioni dell'Io anche le cosiddette *pulsioni di autoconservazione*, il cui compito specifico sarebbe quello di garantire in modo almeno sufficientemente adeguato l'effettuazione delle funzioni fisiologiche necessarie alla sopravvivenza di ogni singolo individuo ed il cui prototipo, secondo l'Autore, sarebbe costituito dalla fame.

D'importanza del tutto particolare [...] è l'innegabile contrasto esistente fra le pulsioni che si pongono al servizio della sessualità, del conseguimento del piacere sessuale, e le altre che hanno per meta l'autoconservazione dell'individuo: le pulsioni dell'Io. Tutte le pulsioni organiche che operano nella nostra psiche possono essere classificate, secondo i termini del poeta, come "fame" o come "amore". (Freud, 1910, pp. 291-292)

Inoltre, già nei suoi *Tre saggi* del 1905 Freud aveva introdotto nella sua teoria complessiva il concetto di *pulsione parziale*, riferendolo specificatamente alla pulsione sessuale. Secondo le sue osservazioni, infatti, sia nei bambini (di norma) che negli adulti (sia nell'espressione sessuale dei preliminari erotici che nel caso delle perversioni sessuali) la sessualità non si esprime soltanto nella direzione dell'accoppiamento eterosessuale tra pene e vagina (come accade tipicamente nella cosiddetta "fase genitale" dello sviluppo psicosessuale delle persone), ma anche verso specifiche zone del corpo proprio ed altrui, le cosiddette "zone erogene" (la zona orale, quella anale, i capezzoli ecc.). Pertanto, secondo l'Autore, queste singole pulsioni libidiche parziali possono sia tendere all'appagamento l'una indipendentemente dall'altra (o anche parcellizzarsi ulteriormente indirizzandosi verso mete ancora più specifiche) sia, ma solo nel caso degli adulti che hanno sufficientemente raggiunto un'organizzazione psicosessuale

“genitale”, convergere e riunirsi nella direzione dell'accoppiamento eterosessuale completo.

Poi, negli anni tra il 1911 e il 1915, nell'elaborazione complessiva di Freud appare farsi potentemente strada anche il concetto di *narcisismo*, che in un primo momento tende a far sfumare la netta distinzione tra pulsioni sessuali da un lato e pulsioni dell'Io dall'altro proprio perché, come è facilmente inferibile, il narcisismo implica inevitabilmente una certa quota di investimento libidico sull'Io. In questa seconda fase della prima elaborazione della sua Teoria delle Pulsioni, quindi, egli cita tra le pulsioni dell'Io anche un'altra pulsione non libidica, che definisce come “Interesse dell'Io” (1915). E, sebbene in tutto il suo percorso scientifico Freud si sia sempre astenuto dal voler proporre un vero e proprio elenco o “inventario” delle pulsioni umane ed in particolar modo quelle di “autoconservazione”, preferendo invece sempre parlare più genericamente di “tipi” o di “specie” di pulsioni, in altri suoi testi (come ad esempio i già citati *Tre saggi sulla teoria sessuale*, 1905, oppure *La disposizione alla nevrosi ossessiva*, 1913) egli nomina inoltre esplicitamente anche una *pulsione d'impossessamento* che, pur essendo inizialmente una pulsione non sessuale, già nel bambino si può unire alla sessualità pre-genitale e, pertanto, può così esercitare un ruolo significativo nell'origine della crudeltà infantile.

Inoltre, sin da queste prime fasi della sua teorizzazione sulle pulsioni, nelle quali Freud mantiene comunque sempre una netta differenziazione tra le pulsioni di autoconservazione e quelle dell'Io da un lato (termini che pertanto risultano oggi almeno parzialmente sovrapponibili) e quelle sessuali dall'altro, egli inizia a inserire all'interno delle pulsioni dell'Io anche la cosiddetta *pulsione d'aggressione*, concetto che era stato introdotto nel 1908 da Alfred Adler. Così, all'incirca negli anni tra il 1915 e il 1920, l'aggressività (in precedenza ritenuta da Freud come una componente della pulsione sessuale) comincia a essere considerata da Freud come una delle *pulsioni non sessuali*, e a essa l'Autore assegna in particolare il ruolo di vigilanza e padronanza del mondo esterno sotto il controllo dell'Io.

Nel medesimo periodo ricompreso all'incirca tra il 1915 e il

1920, inoltre, Freud apporta alla sua complessiva teoria psicoanalitica una serie di revisioni assolutamente sostanziali, in particolare l'affiancamento alla sua "Prima Topica" (basata sui tre Sistemi Psicici del *Conscio*, del *Preconscio* e dell'*Inconscio*) della sua cosiddetta "Seconda Topica", fondata invece sulla definizione dei tre sistemi psicici dell'*Io*, dell'*Es* e del *Super-Io*. Questo percorso di fondamentale evoluzione teorica della visione freudiana, che culminerà con la pubblicazione dei suoi due saggi *Al di là del principio di piacere* (1920) e *L'Io e l'Es* (1922b), non sarà privo di significative conseguenze anche rispetto alla sua più specifica Teoria delle Pulsioni, che subirà anch'essa importanti modificazioni e assumerà un ruolo sempre maggiormente centrale anche all'interno della teoria psicoanalitica complessiva.

In questi stessi anni del suo passaggio dalla Prima alla Seconda Topica, infatti, Freud progressivamente abbandona la sua visione delle "due specie di pulsioni" che aveva in precedenza considerato come suddivise nei gruppi delle pulsioni sessuali e delle pulsioni d'autoconservazione (o pulsioni dell'*Io*), conservando sostanzialmente le prime (che inizia anche a definire con il termine greco di *Eros*) ma sostituendo le seconde con le cosiddette *pulsioni aggressive* (al cui interno egli colloca anche la cosiddetta *pulsione di morte* che più tardi, a sua volta, definirà anche con il termine greco di *Thanatos*). Egli giustifica l'abbandono del suo precedente concetto di *pulsioni autoconservative* con la considerazione secondo la quale

entrambe le pulsioni agirebbero in modo conservativo, nel senso più rigoroso di questo termine, poiché mirerebbero al ripristino di uno stato turbato dall'apparire della vita. L'apparire della vita sarebbe dunque la causa della continuazione della vita e al tempo stesso dell'aspirazione alla morte; e la vita stessa sarebbe una lotta e un compromesso fra queste due tendenze. (Freud, 1922b, pp. 502-503)

Sarà poi in particolare nei suoi testi *Inibizione, sintomo e angoscia* (1926) e *Compendio di psicoanalisi* (1938 [1940]), che Freud integrerà in modo definitivo questa sua versione finale della propria Teoria delle Pulsioni (che, pur con le successive modifiche apportate soprattutto da Melanie Klein e alla sua

“Scuola”, conserverà ancora per oltre due decenni un ruolo centrale e determinante per tutto l’impianto complessivo della Psicoanalisi internazionale) nel modello di intervento psicoterapeutico da lui sostenuto. La “versione finale” della teoria pulsionale freudiana ruoterà quindi imprescindibilmente intorno al dualismo tra la *pulsione di vita* (*Eros*, al cui interno si trovano anche le pulsioni più specificatamente sessuali oltre a quelle di autoconservazione) e la pulsione di morte (*Thanatos*), che ricomprende al proprio interno sia la cosiddetta pulsione d’aggressione (che è sempre rivolta verso l’esterno del soggetto, nella direzione della distruzione dell’oggetto) sia la *pulsione di distruzione* propriamente detta (che invece prevede anche l’autodistruzione del soggetto stesso).

La pulsione di morte complessivamente intesa, in questa conclusiva visione freudiana, avrebbe perciò il compito di tendere, attraverso l’azione congiunta della pulsione di aggressione (rivolta verso l’esterno) e di quella di autodistruzione (rivolta verso il soggetto), all’eliminazione di tutte le tensioni indotte dalle varie pulsioni di vita (incluse quindi sia quelle sessuali sia quelle autoconservative), con l’obiettivo finale di ricondurre l’individuo vivente allo stato inorganico. Ciò, secondo Freud, non si esplicherebbe tuttavia semplicemente attraverso una diretta assunzione da parte di tutte queste differenti pulsioni di un ruolo diretto di “motivazioni” del funzionamento concreto della singola persona, bensì mediante una funzione generale di regolazione complessiva dell’organizzazione della sua attività, restando per così dire “sullo sfondo” e agendo quindi sul comportamento dei singoli in modo più sfumato e indiretto, in quanto di norma “mediato”, sia pure in misura sempre variabile da persona a persona (e spesso anche da momento a momento) dall’azione dell’Io e del Super-Io.

Afferma infatti Sigmund Freud al riguardo: “La dottrina delle pulsioni è, per così dire, la nostra mitologia. Le pulsioni sono entità mitiche, grandiose nella loro indeterminatezza. Non possiamo prescindere, nel nostro lavoro, un solo istante”. Ben si comprende quindi, da queste parole, perché la psicoanalisi nella sua originaria teorizzazione freudiana è stata sino a oggi definita – insieme alle sue successive integrazioni

operate dagli Autori successivi a Sigmund Freud ma che hanno comunque proseguito nel solco da lui così tracciato – come *Psicoanalisi delle Pulsioni*.

Successivamente a Sigmund Freud, le prime importanti modificazioni alla sua teoria pulsionale – in particolare quelle introdotte dalla cosiddetta “Scuola kleiniana” – hanno comunque continuato ad assegnare a queste “entità mitiche, grandiose nella loro indeterminatezza” un ruolo di assoluta centralità, mantenendo l’assoluto monopolio sulla *metapsicologia* psicoanalitica del modello su di esse fondato per molti decenni, e continuando a svolgere un ruolo di assoluto primo piano – sebbene non più “esclusivo” – anche ai nostri giorni.

Melanie Klein (Vienna, 1882 – Londra, 1960) è stata una celebre psicoanalista formatasi dapprima in Austria e quindi a Londra, dove è divenuta tra le personalità più decisive e influenti del movimento psicoanalitico mondiale di tutti i tempi. Ella è oggi diffusamente conosciuta in particolare per i suoi lavori pionieristici nel campo della psicoanalisi infantile e per i contributi allo sviluppo della teoria delle relazioni oggettuali; la sua *metapsicologia* è caratterizzata soprattutto dal valore estremamente concreto che ella attribuisce alle tre istanze psichiche che caratterizzano il modello della *seconda topica* freudiana (Io, Es e Super-Io), dall’approfondimento dello studio dei meccanismi di difesa più primitivi e arcaici già individuati da Freud (soprattutto la *scissione*, l’*introiezione* e la *proiezione*) e dall’individuazione di altri meccanismi di difesa inconsci la cui origine è per questa Autrice riconducibile alle prime fasi dello sviluppo psichico umano. Inoltre, tra le più significative differenze tra la metapsicologia freudiana e quella kleiniana, occorre evidenziare che quest’ultima ribadisce l’importanza sostanziale dell’aspetto evolutivo primario per il funzionamento psichico complessivo di tutto il resto della vita individuale (essa non utilizza infatti il termine di “fasi” o di “stadi” bensì quello, in tale visione più indicato e coerente) di “posizioni”: di fatto, innovazioni più o meno radicali sono state introdotte dalla Klein praticamente in tutti gli aspetti della metapsicologia freudiana, e pertanto andremo ora a esaminare la posizione di questa Autrice rispetto ad almeno alcuni di essi a iniziare proprio dalla sua visione delle

pulsioni come elemento motivazionale di base del comportamento umano.

Dal punto di vista della “teoria motivazionale”, la Klein apporta alla teorizzazione freudiana alcune integrazioni molto significative, sviluppandola in modo originale a partire dai due fondamentali concetti freudiani di pulsione di morte e di “struttura dell’Inconscio”. Infatti (ed è questa la prima importante differenza nella concezione delle pulsioni che ritroviamo tra l’impostazione freudiana e quella kleiniana) mentre secondo Freud “le due specie di pulsioni” (“Eros” e “Thanatos”, cioè, rispettivamente, pulsioni di vita e pulsioni di morte) si attivano mescolandosi di norma tra di loro in varia misura, per la Klein esse si esprimerebbero invece anche in forma autonoma e indipendente, cioè nella forma: “o l’una o l’altra”. La Klein infatti, nei propri scritti, prevede la possibilità sia di una fusione (o “impasto”) tra le due pulsioni sia di una loro “polarizzazione”.

Scriva la Klein in proposito: “Noi pensiamo che esista sempre un’interazione tra impulsi libidici e impulsi aggressivi, un’interazione che si produce in proporzioni variabili ed è in rapporto all’impasto tra pulsione di vita e pulsione di morte” (Klein, 1952, p. 461).

Aggiunge quindi al riguardo l’Autrice:

La forza dell’Io - che riflette la situazione d’impasto delle due pulsioni - è a mio parere determinata da fattori costituzionali. Se nell’impasto predomina la pulsione di vita, cosa che implica un prevalere della capacità di amore, l’Io è abbastanza forte e in grado di tollerare e contrastare l’angoscia derivante dalla pulsione di morte. [...] L’oggetto buono interiorizzato costituisce un nucleo centrale attorno al quale l’Io si espande e si sviluppa. Il sostegno dell’oggetto buono interiorizzato rende l’Io più capace di dominare l’angoscia e di salvaguardare la vita legando con la libido parti della pulsione di morte operante all’interno. (Klein, 1952, p. 543)

Inoltre, se è vero che descrivendo “i destini delle pulsioni” Freud utilizza anche il termine “oggetto” per descriverne la sede della “scarica”, l’interesse prioritario di questo Autore era sempre indirizzato in maniera assolutamente preponderante verso la pulsione stessa. Per la Klein invece (ed è questa

la sua ancor più importante differenziazione da Freud rispetto alla definitiva teoria pulsionale da lui proposta) l'oggetto è una componente non solo sempre presente, ma anche assolutamente primaria nell'evoluzione della rappresentazione mentale delle pulsioni.

Melanie Klein, pur condividendo l'origine biologica della pulsione, non è interessata all'aspetto biologico ma a quello psichico. Per lei (a differenza di Freud) non esiste la pulsione "di per sé": la pulsione è sempre legata a un oggetto. Fin dalla nascita il lattante stabilisce relazioni oggettuali e, quindi, fin dall'inizio esistono sia un livello psicologico sia un livello sociale, che non sono il semplice prolungamento del livello biologico. Da subito, le stimolazioni corporee danno origine ai primi eventi mentali. Il passaggio dal corporeo al mentale è la *fantasia*.

La relazione del bambino con l'oggetto è una fantasia che ha una sua trama e i suoi protagonisti. Gli oggetti, perciò, sono il materiale della vita di fantasia del bambino e non un semplice mezzo di gratificazione istintuale. Sono le emozioni a formare le fantasie. A seconda che prevalgano sentimenti distruttivi o amorevoli, il seno (primo oggetto) può essere sentito di volta in volta come buono o cattivo. L'oggetto è dunque un oggetto emozionale poiché nasce dalle sensazioni di piacere o dispiacere. Essendo queste sensazioni corporee, anche questi *oggetti* vengono percepiti dal lattante come concreti, quanto il proprio corpo. La pulsione di morte si configura come una fantasia sadica legata ad un oggetto cattivo; la pulsione di vita come fantasia amorevole legata a un oggetto buono.

Ciò significa, in altri termini, che ogni pulsione è imprescindibilmente accompagnata dalla fantasia di un "oggetto" che può soddisfarla, e da questo assunto si sviluppa poi tutta quella parte della teorizzazione che la Klein, pur senza mai rifiutare la teoria freudiana delle "due specie di pulsioni" e anzi integrandola significativamente, svilupperà nella direzione della cosiddetta "teoria delle relazioni oggettuali" quale fondamentale *chiave interpretativa* della "struttura dell'Inconscio".

Secondo la Klein, infatti, ogni esperienza somatica comporta necessariamente un'esperienza mentale, in quanto il bam-

bino inevitabilmente “ama” oppure “odia” un “oggetto” sulla base del fatto che quest’ultimo produca, nelle fantasie del soggetto stesso, l’origine di sensazioni piacevoli oppure di sensazioni spiacevoli, creando rappresentazioni mentali delle pulsioni psicobiologiche che vengono sperimentate all’inizio come semplici sensazioni corporee per poi successivamente trasformarsi in immagini, pensieri e linguaggio.

L’inconscio si struttura, pertanto, a partire dalle esperienze somatiche del bambino e dai vissuti emotivi che da esse si originano attraverso ciò che il bambino immagina e fantastica su di esse. Fondamentale al riguardo risulta quindi, nel pensiero della Klein, la nozione di “fantasie inconscie”. La fantasia inconscia, secondo la Klein, permette di appagare un bisogno istintivo attraverso un’attività immaginativa: ad esempio quella di un lattante che, sul punto di addormentarsi, fa movimenti e rumori con la bocca come se succhiasse, perché fantastica la propria suzione del seno materno. In tale dinamica intrapsichica un oggetto è “buono” o “cattivo” sia in relazione all’effettiva gratificazione che produce (un seno è ad esempio “buono” allorché soddisfa la fame) sia, soprattutto, in relazione alla qualità delle pulsioni, libidiche o distruttive, su di esso dirette, o per meglio dire “proiettate”.

Il bambino tende infatti a dirigere i propri sentimenti sulla madre, o su parti di essa tra cui in primo luogo il seno, e tali sentimenti saranno positivi o negativi in conseguenza delle gratificazioni o delle frustrazioni sperimentate. Così il seno, che nel momento in cui non nutre a sufficienza il lattante è sentito da quest’ultimo come un’espressione della propria pulsione di morte, può essere vissuto dall’Io non solo come un “oggetto buono” ma anche come cattivo e minaccioso: in questo caso attiverà nel bambino la produzione di angosce e fantasmi di tipo persecutorio.

L’inconscio di ogni persona risulta pertanto intensamente popolato dalle produzioni delle proprie “fantasie inconscie”, vale a dire dei propri “fantasmi”: con quest’ultimo termine viene designato dalla Klein il “contenuto primario dei processi mentali inconsci”, cioè il “correlato psicologico degli istinti”. Si tratta di immagini, “oggetti” e vissuti affettivi a essi collegati che derivano strettamente dalle rappresentazioni

psichiche create dall'attività delle pulsioni istintuali.

Così secondo la scuola kleiniana, che anche da questo punto di vista si allontana marcatamente dall'originaria impostazione freudiana, gli "oggetti interni" acquisiscono sin dall'inizio della vita caratteri di "agenti attivi" (o "fantasmi") dotati di una propria volontà e si rapportano tra di loro e con l'Io dando vita a "scenari psichici" estremamente vividi e concreti.

Il piccolo che ha incorporato i propri genitori li avverte come persone viventi all'interno del proprio corpo, in quella stessa maniera concreta in cui percepisce le proprie fantasie profondamente inconse: nella sua psiche essi sono oggetti "interni", come li ho denominati, o anche "interiori". Così nell'inconscio del bambino viene a formarsi un mondo interiore che corrisponde alle sue esperienze reali, alle impressioni che si fa delle persone e del mondo esterno, modificato però dalle sue pulsioni e fantasie. Se in tale mondo predomina la pace tra le persone che lo formano, e tra queste e l'Io, il risultato è l'armonia interiore, la sicurezza e l'integrazione. (Klein, 1940, p. 328)

Secondo la Klein, nell'inconscio non si può contrapporre fantasia e realtà. La particolare concretezza, che, sia pur a livello inconscio, può raggiungere un grado quasi fisico di tangibilità da parte del soggetto nei confronti dei propri oggetti interni, caratterizza in particolare l'originale concetto kleiniano di "fantasma", vale a dire l'esperienza inconscia costituita dalla fantasia di un oggetto concreto, fisicamente situato all'interno del proprio corpo, che sarebbe più o meno presente nell'esperienza di ogni persona, e che deriverebbe secondo questa Autrice proprio dalla presenza e dall'azione nella vita psichica delle pulsioni innate che, originando già nei vissuti mentali del bambino la presenza contemporanea di impulsi orientati al piacere e di impulsi autodistruttivi, darebbe origine sia dalle prime fasi della vita infantile a un mondo immaginario popolato da "oggetti fantasmatici".

Ogni pulsione, secondo la Klein, è quindi accompagnata da un "fantasma" cioè da una fantasia riguardante l'oggetto a cui è collegata tale pulsione: tale oggetto, pur possedendo un'esistenza in parte autonoma rispetto all'Io, può comunque essere investito da parte di quest'ultimo di maggiori o minori identificazioni, e soprattutto viene connotato da caratteristi-

che positive o negative che lo rendono, nella soggettiva percezione inconscia da parte del soggetto, rispettivamente “buono” o “cattivo”.

Gli “oggetti interni” costituiscono perciò a livello psichico, secondo la scuola kleiniana, il “precipitato”, il mondo delle relazioni con persone importanti nella vita di ciascun individuo. Le sensazioni fisiche del bambino vengono da quest’ultimo interpretate come il frutto della relazione tra sé stesso e un oggetto esterno, e le fantasie inconscie in età precoce sono considerate dalla Klein come uno dei fenomeni il più possibile vicini alla natura biologica dell’essere umano.

Peraltro, tra le pulsioni particolarmente considerate dalla Klein riveste un ruolo sicuramente molto importante anche la cosiddetta *pulsione epistemofilica*, che era già stata individuata da Sigmund Freud e da lui descritta come la capacità del bambino di aver desiderio di acquisire nuove conoscenze sulla realtà esterna, investendo una significativa parte della sua libido negli oggetti del mondo che deve progressivamente comprendere e imparare ad abitare. La Klein amplia ulteriormente, rispetto a Freud, il ruolo e l’importanza di questa specifica pulsione, ponendola in stretta connessione con le fasi più precoci del conflitto edipico e tutto il successivo sviluppo psicosessuale sia pregenitale che genitale.

Il rapporto iniziale fra pulsione epistemofilica e sadismo ha una grande importanza per l’intero sviluppo psichico. La pulsione epistemofilica, stimolata dalla comparsa delle tendenze edipiche, si rivolge dapprima principalmente al corpo materno, assunto a teatro di tutti i processi e le manifestazioni sessuali. Ora, mentre la posizione libidica sadico-ale che tuttora predomina nel bambino lo spinge a desiderare di *appropriarsi* di ciò che è contenuto nel corpo materno, la pulsione epistemofilica induce in lui la curiosità di sapere che cosa vi è dentro, come è fatto ecc. In tal modo la pulsione epistemofilica e il desiderio di possesso si collegano intimamente tra loro e al tempo stesso con il senso di colpa originato dall’incipiente conflitto edipico. Questa importante connessione inaugura in entrambi i sessi una fase di sviluppo che ha un rilievo essenziale, finora non abbastanza riconosciuto: la fase della primissima identificazione con la madre. (Klein, 1928, p. 217)

Anche nella teorizzazione kleiniana, quindi, ogni aspetto della vita psichica e del comportamento individuale – sia pur nel riconoscimento dell'importanza della qualità sia delle "relazioni interne" soggettive sia di quelle oggettive ed esterne – appare inevitabilmente come il risultato di vari fattori tra i quali l'azione "al confine tra il mentale e il somatico" svolta dalle pulsioni, sebbene esercitata il più delle volte velatamente e indirettamente, continua ad essere considerata come assolutamente fondamentale.

LA "SVOLTA RELAZIONALE" DELLA PSICOANALISI

La base sostanzialmente pulsionale della teoria psicoanalitica come impostata da Freud e ulteriormente sviluppata dalla Klein e dalla sua Scuola è quindi a fondamento di tutta l'origine della teoria psicoanalitica e si è mantenuta presente e viva all'interno di essa sino ai nostri giorni. Da più di mezzo secolo però – cioè all'incirca da quando, all'inizio degli Anni Sessanta del secolo scorso, ha iniziato a diffondersi tra gli psicoanalisti operanti ai due lati dell'Oceano Atlantico il cosiddetto "modello relazionale" – la Psicoanalisi delle Pulsioni ha sicuramente perso nella realtà complessiva della psicoanalisi a livello mondiale quel monopolio pressoché assoluto su cui aveva potuto contare più o meno sino alla fine degli Anni Cinquanta. Attraverso i contributi sia teorici sia metodologici di moltissimi Autori che hanno definitivamente abbandonato il tradizionale *modello pulsionale* freudiano e kleiniano a favore del nuovo *modello relazionale* come base fondamentale sia per comprendere il sistema psichico complessivo degli esseri umani sia per utilizzarlo come fondamento del loro approccio psicoterapeutico verso le persone, la psicoanalisi ha infatti compiuto dagli Anni Sessanta a oggi un percorso di revisione e di trasformazione della propria identità originaria che in realtà si era cominciato ad abbozzare molti anni prima, e non soltanto in Europa, e che poi si è diffuso con caratteristiche anche molto specifiche e differenziate ormai in quasi tutte le aree geografiche del nostro pianeta.

Spiega, al riguardo, l'illustre psicoanalista italiano Marco Bacciagaluppi:

Il modello relazionale ebbe origine con Ferenczi. [...] L'influenza di Ferenczi si esercitò su entrambe le sponde dell'Atlantico, specialmente attraverso due donne analizzate da lui, Melanie Klein in Gran Bretagna e Clara Thompson negli Stati Uniti. [...] Melania Klein abbandonò il paradigma relazionale di Ferenczi e adottò un modello pulsionale ancora più avanzato di quello di Freud. [...] I membri della *Middle School* britannica, invece, si trovano chiaramente nella tradizione di Ferenczi per quanto riguarda il rapporto amorevole col paziente. Fairbairn (1940) parla di un "contatto emotivo genuino" in terapia. Winnicott (1958) di un "rapportarsi di base dell'Io". [...] Un altro legame esplicito con Ferenczi in Gran Bretagna è rappresentato da Ian Suttie. [...] Negli Stati Uniti, Ferenczi contribuì alla creazione della scuola interpersonale-culturale, grazie a Clara Thompson, analizzata da lui, e a Fromm, suo grande ammiratore. [...] Senza le costrizioni dell'ortodossia freudiana, la scuola interpersonale-culturale americana, fondata più tardi da Fromm, Sullivan e la Thompson, fu libera di sviluppare i temi ferencziani. [...] Tutti questi Autori si possono definire relazionali in senso lato. [...] Altri contributi in questo campo sono Mitchell (1988 e 1993), Skolnick e Warshaw (1992), Aron e Sommer Anderson (1998), Bromberg (1998/2001), Donnel Stern (1997, 2010) e Hirsch (2008). (Bacciagaluppi, 2012, Capitolo 6)

E questo elenco di Autori afferenti al cosiddetto *modello relazionale in senso ampio*, sicuramente, potrebbe continuare ancora molto molto a lungo, ad esempio citando altri nomi di chiara fama internazionale quali quello di Jay R. Greenberg (autore insieme a Mitchell dell'ormai "classico" volume *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*, pubblicato in Italia nel 1986).

Conclude infine, al riguardo, Bacciagaluppi: "E' giustificato applicare il termine "psicoanalisi" al modello relazionale. Esso ha in comune con la psicoanalisi classica i tre concetti fondamentali che Freud stesso riteneva necessari per definire una terapia come psicoanalitica: 1) l'inconscio 2) la resistenza 3) il transfert" (Bacciagaluppi, 2012, p. 165).

Il definitivo abbandono del modello psicoanalitico pulsionale da parte di un numero progressivamente sempre più consistente di importanti psicoanalisti sia europei sia americani, come rileva ad esempio Massimo Fontana (2016), ebbe importanti ripercussioni non solo nella complessiva concezio-

ne del funzionamento della mente umana e nella netta valorizzazione della relazione reale tra paziente e analista al fine dell'esito della psicoterapia psicoanalitica, ma anche nel ruolo e nel significato attribuito al conflitto intrapsichico nell'eziologia dei disturbi e delle patologie mentali, il cui "focus" si sposta anch'esso progressivamente dalla dimensione *intrapsichica* a quella *relazionale*.

Nota infatti innanzitutto questo Autore:

Riguardo all'eziologia, la tradizione freudiana (e della Psicologia dell'Io) porta con sé una concezione della psicopatologia come risultato delle lotte interne (dei conflitti intrapsichici) tra pulsioni radicate nel piano biologico e difese dell'Io. Mentre le teorie delle Relazioni Oggettuali (Fairbairn, Winnicott) e, per altri versi, la Psicologia del Sé (Kohut) e la tradizione interpersonale (Sullivan), vedono nelle carenze risposte ai bisogni infantili da parte delle figure di accudimento, o nella disfunzionalità delle relazioni reali con gli altri, la causa dei disturbi dello sviluppo psicologico. (Fontana, 2016, p. 3)

Ma mentre in Europa, almeno nei primi due o tre decenni successivi ai contributi di Fairbairn e soprattutto per opera degli Autori del cosiddetto *Gruppo degli Indipendenti inglesi* (gruppo che viene spesso anche definito come *Middle Group* o *Middle School*, e del quale alcuni tra i suoi i più noti esponenti sono ad esempio Winnicott, Guntrip, Kahn e Bowlby), la causa fondamentale dei disturbi psicologici viene decisamente indicata nelle carenze risposte ai bisogni infantili da parte delle figure di accudimento e nelle negative conseguenze che ciò comporta sulle capacità di relazione con gli altri e con la propria vita, negli Stati Uniti il focus sul nucleo delle problematiche psichiche si sposta gradualmente dalla dimensione diadica - o comunque circoscritta - del rapporto tra il bambino e la madre o tra il bambino e il suo nucleo familiare ristretto a quello delle relazioni complessive che il singolo individuo instaura con tutte le altre figure significative lungo tutto il corso della sua esistenza.

Uno degli Autori statunitensi a cui maggiormente si deve questo cambio di prospettiva è sicuramente Stephen Mitchell (1988), che viene indicato da Massimo Fontana come colui che per primo, proprio sulla base del radicale cambio di

paradigma avvenuto all'interno della psicoanalisi nei decenni precedenti col passaggio dal modello pulsionale al modello relazionale, ha evidenziato la necessità, nell'ambito della comprensione delle dinamiche eziologiche delle problematiche psichiche, della sostituzione del concetto di *conflitto intrapsichico* con quello di *conflitto relazionale*.

Il nucleo della concezione della psicopatologia in Mitchell sta in quello che lui ha definito *modello del conflitto relazionale*. Il maggiore contributo apportato alla psicoanalisi dall'approccio relazionale è stato, infatti, quello di permettere di superare la tendenza a porre in contrapposizione concetti come "conflitto" e "deficit", o relazioni oggettuali "interne" e relazioni "reali" o, ancora, "intrapsichico" e "interpersonale". Il concetto di "matrice relazionale" introdotto da Mitchell "comprende l'organizzazione del Sé, l'attaccamento agli altri (agli "oggetti"), le transazioni interpersonali e il ruolo attivo dell'analizzando nella continua ricreazione del suo mondo soggettivo" (ibid., p. 9); diverse dimensioni, quindi, che vanno considerate nel loro insieme e senza che sia possibile concepirle indipendentemente l'una dall'altra. (Fontana, 2016, p. 3)

È infatti proprio il concetto di *conflitto relazionale* introdotto da Mitchell, secondo Fontana, che consente il superamento della rigida e sterile contrapposizione tra *conflitto intrapsichico* (su cui si era focalizzata la psicoanalisi pulsionale freudiana e kleiniana, ma anche quella già *oggettuale* su cui era costruito il modello di Fairbairn) e *deficit relazionale* che aveva invece costituito il nucleo delle teorie eziopatogenetiche degli Autori del *Middle Group*.

Il *modello del conflitto relazionale* permette un cambio di livello rispetto a tale contrapposizione eziologica fra *conflitto intrapsichico* e *deficit relazionale*, ed un suo superamento; il conflitto non è tra pulsioni e difese, ma non è neanche assente o ininfluenza, come nelle teorie eziologiche da deficit che vedono la patologia come espressione di un arresto evolutivo: gli antagonisti nei conflitti psicodinamici fondamentali sono le *configurazioni relazionali*, le passioni conflittuali inevitabili all'interno di ogni relazione, e le richieste opposte, necessariamente incompatibili, tra le diverse relazioni e identificazioni significative (ibid., p. 11, corsivo aggiunto). Le *configurazioni relazionali* comprendono le relazioni con gli altri e il loro vissuto soggettivo, il legame

profondo e la fedeltà nei confronti di ciò che è familiare nonché il desiderio verso ciò che è nuovo, la definizione di sé in relazione all'altro con i desideri di apertura e i bisogni di porre confini. Sono queste configurazioni, che costituiscono l'essenza stessa della mente, a entrare naturalmente in conflitto, perché ognuno è immerso nella sua rete di relazioni molteplici, passate, attuali ed in continua evoluzione. (Fontana, *ibid.*, p. 4)

Ma anche un'altra e non meno significativa innovazione, secondo Fontana, ha contribuito a rendere ulteriormente significativa la psicoanalisi relazionale americana nella sua efficacia esplicativa ed applicativa durante gli ultimi decenni del secolo scorso. Si tratta, in particolare, della parziale sostituzione del meccanismo di difesa della *rimozione* con quello della *dissociazione* per il funzionamento non solo patologico, ma anche *normale*, della mente umana.

La riscoperta del concetto di dissociazione, collegata al risveglio dell'interesse nei confronti del trauma reale a partire dalla metà degli Anni Ottanta, ha comportato quindi un certo scompiglio in psicoanalisi. [...] Tale scompiglio si può ridurre nei suoi fattori essenziali affermando che in psicoanalisi, attualmente, si confrontano due diversi modi di intendere la dissociazione: l'uno risolve il problema riconducendola all'impostazione freudiana e intendendola come uno dei tanti meccanismi di difesa e, nello specifico, come un modo con il quale l'individuo si protegge attivamente da memorie traumatiche vissute come intollerabili; l'altro, sempre più diffuso, segue proprio la prospettiva di Janet, considerando la dissociazione come la conseguenza di traumi psicologici che danneggiano le facoltà integrative della coscienza. Anche se non espresso dalla voce di uno psicoanalista, si può ricorrere a un eloquente paragone di Liotti (1999) per rappresentare quest'ultima posizione: "pensare alla dissociazione come a una difesa sarebbe analogo al considerare le fratture ossee come reazioni difensive a traumi fisici". (Fontana, *ibidem*, p. 6)

Pertanto, nella prospettiva della psicoanalisi relazionale americana e grazie soprattutto alle specifiche innovazioni introdotte da Bromberg (1998/2001),

la mente è intrinsecamente (e normalmente) strutturata sulla dissociazione, in quanto costituita fin dalla sua origine dalle molteplici configurazioni Sé/Altro che derivano dalle diverse

relazioni interpersonali significative. La mente, dunque, sarebbe intrinsecamente dissociata perché fa inevitabilmente parte dello sviluppo di ogni individuo il costituirsi di molteplici Sé, ciascuno adeguato al proprio specifico campo relazionale e bisognoso di potersi esprimere pienamente per realizzare il proprio potenziale, consolidarsi e permettere il pieno e autentico coinvolgimento della persona in ogni relazione. (Fontana, ibidem, p. 6)

Peraltro, vorrei sottolinearlo in modo particolare, questo recupero – operato come si è detto principalmente da Bromberg – della dissociazione come meccanismo difensivo fondamentale di risposta al trauma psichico, almeno quanto la rimozione, si inserisce in modo assolutamente armonico sia nella precedente teorizzazione complessiva della psicoanalisi “tradizionale” freudiana sia nella specifica e più recente evoluzione teorica successiva che è invece caratteristica, in modo marcatamente originale, della *Psicoanalisi della Relazione* italiana.

Afferma infatti testualmente al riguardo Marco Bacciagallo, uno psicoanalista milanese molto vicino a Bowlby e a Fromm, in una sua intervista (rilasciata nel 1998 a Michele Minolli, tra i principali fondatori della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione e pubblicata sulla rivista *Ricerca Psicoanalitica* di cui la medesima Associazione è proprietaria e curatrice):

In Attachment (Bowlby, 1969, pp. 10-11 dell’originale) Bowlby passa in rassegna la concezione che Freud aveva del trauma. Di Freud accetta sostanzialmente il concetto che un avvenimento è traumatico quando l’apparato mentale è sottoposto a quantità eccessive di stimolazione. Bowlby conclude che la separazione e la perdita “sono semplicemente un esempio particolare del tipo di evento che Freud considerava traumatico” (op. cit., p. 11). Userò quindi la separazione traumatica come paradigma della situazione traumatica. Delle tre fasi della risposta di un bambino alla separazione traumatica, la protesta è un’espressione dell’ansia di separazione, la disperazione è una manifestazione del lutto e il distacco è la conseguenza di una difesa da queste emozioni (Bowlby, 1973, p. 27 dell’originale). La difesa è costituita dalla negazione, dalla rimozione e, forse più spesso, dalla dissociazione. Bowlby (op. cit., p. 29) nota che questa stessa sequenza viene descritta da Freud alla fine di

Inibizione, sintomo e angoscia (Freud, 1925). Alla luce di quanto sopra, mi sembra di poter rispondere che è traumatico l'evento, mentre le difese tendono ad attenuarne le conseguenze, pur avendo, a loro volta, conseguenze negative sullo sviluppo della personalità. (Minolli, 1998, p. 3)

È proprio nella sistematizzazione complessiva della *Psicoanalisi della Relazione* italiana che, almeno a mio avviso, questi contributi di varia provenienza storica sul *conflitto* e sulle *difese* che caratterizzano la natura e la personalità umana si riunificano in un modello coerente sia sul piano teorico sia su quello della sua validità in ambito applicativo, terapeutico.

In Italia, in particolare, il *modello psicoanalitico relazionale* inteso in senso complessivo ha iniziato a svilupparsi tra la fine degli Anni Settanta e i primi Anni Ottanta del secolo scorso, dando origine ad alcune società e scuole di psicoanalisi ormai presenti in varie Regioni del nostro territorio nazionale e che, attraverso la produzione di contributi originali, hanno soprattutto cercato di costruire ognuna, in questi ultimi decenni, una propria specifica identità. Tra di esse, in particolare, mi soffermerò quindi ora su quanto ho reperito sul tema dell'interpretazione del *conflitto* e della sua relazione con le modalità tecniche e metodologiche adottate per affrontarlo in ambito psicoterapeutico attraverso il modello della cosiddetta *Psicoanalisi della Relazione*.

Le principali peculiarità di questo specifico approccio, rispetto ad altre impostazioni presenti all'interno del *modello relazionale in senso ampio* sia italiane sia internazionali, consistono a mio avviso in due ulteriori elementi innovativi da essa adottati, vale a dire l'utilizzo in ambito psicoanalitico della teorizzazione anche più recente riguardante i cosiddetti *sistemi dinamici complessi* e la particolare attenzione alla *relazione attuale tra psicoanalista e paziente* quale "chiave d'accesso privilegiata" sia verso la comprensione dei conflitti relazionali di quest'ultimo sia per la loro conseguente presa in carico ai fini psicodiagnostici e psicoterapeutici.

Riepilogando, pertanto, tra i principali presupposti teorici dell'attuale *Psicoanalisi della Relazione* dobbiamo tenere presenti almeno i quattro seguenti:

1. Il superamento sia del concetto di conflitto intrapsichico

sia di quello di deficit relazionale, a favore del concetto di *conflitto relazionale*;

2. la costante compresenza, nel processo di strutturazione e di funzionamento dinamico della mente umana, di almeno due meccanismi difensivi fondamentali, sia pur agenti in misura tra di loro differente e spesso associati con altri meccanismi ancora: la *rimozione* e la *dissociazione*;
3. la visione della *personalità umana come parte inscindibile di un complesso di sistemi dinamici complessi*, con i quali è in costante relazione reciprocamente attiva;
4. la concezione della *relazione psicoanalitica come espressione dei conflitti relazionali presenti all'interno del sistema complesso "paziente-terapeuta"* (o "pazienti-terapeuta" nel caso di trattamento di coppia o di gruppo), e quindi della sua imprescindibile caratteristica di oggetto privilegiato dell'analisi.

Sulla base di questi quattro presupposti teorici, il modello esplicativo del funzionamento normale o disfunzionale del singolo individuo si fonda almeno sui cinque costrutti specifici seguenti:

1. l'"Io-soggetto";
2. l'"Auto-eco-organizzazione";
3. la "Coscienza della coscienza";
4. la "Creatività";
5. la "Presenza a sé stessi".

Tutti questi costrutti saranno ora a uno a uno dettagliati in modo più specifico secondo le definizioni proprie della *Psicoanalisi della Relazione* contemporanea.

Per quanto riguarda il primo di questi quattro costrutti, Michele Minolli (2015) specifica innanzitutto che:

- *"L'Io-soggetto è uno - Affermare che l'Io-soggetto è uno coniuga alla radice la diversità con l'unità, le parti con il tutto, così da rispettare l'Io-soggetto in quanto tale ed evitare l'assolutizzazione di una parte o una visione olistica dell'insieme;*
- *L'Io-soggetto ha più parti in interazione tra di loro - Le varie componenti o le diverse funzioni devono essere colte nel-*

la loro interazione. Un modello che colga soltanto l'aspetto dell'unitarietà e non aiuti a capire il funzionamento ricorsivo del soggetto tra le sue parti e il tutto non è adeguato;

- *L'Io-soggetto è in rapporto con l'esterno* - Non avrebbe molto senso occuparsi di un Io-soggetto estraniato dalla realtà interattiva nella quale è necessariamente inserito. E questo, in particolare, rispetto alle influenze e alle modalità di incidenza retroattive nelle interazioni con l'oggetto esterno. (Minolli, 2015, p. 74)

Riguardo al concetto di "auto-eco-organizzazione", afferma invece in particolare Minolli:

Due o più sistemi in interazione tra loro danno luogo a cambiamenti sempre determinati dall'unità che accoglie le perturbazioni. Sia il sistema sia l'ambiente risultano fonte di perturbazione reciproca ed è solo dal punto di vista di un osservatore esterno se il cambiamento del sistema viene pensato come determinato dall'ambiente o dall'interno. (Minolli, 2009, p. 53)

Prosegue, al riguardo, il medesimo Autore:

Qualsiasi considerazione che porti ad accentuare l'una o l'altra di queste incidenze è chiaramente dipendente dal punto di vista adottato. Se andiamo al di là, se cioè cerchiamo di considerare l'Io-soggetto per come si presenta a sé stesso e agli altri, egli è sempre il risultato di auto ed eco-organizzazione. (idem, p. 57)

Precisa inoltre, al riguardo, Massimo Fontana:

Questo dell'auto - organizzazione - o auto - eco - organizzazione, come preferiscono esprimersi Morin (1985) e Minolli (2009) per sottolineare il superamento della logica dualistica - è un principio cruciale di tale modo di inquadrare teoricamente lo sviluppo in una prospettiva relazionale: proprio grazie a esso è possibile non scivolare in un interazionismo di superficie che, invece di cogliere le transazioni che avvengono nel campo relazionale, si limiti a ripartire fattori di sviluppo fra interno ed esterno, come se fossero realtà concepibili indipendentemente l'una dall'altra. (Fontana, 2016, p. 10)

Come il principio della "auto-eco-organizzazione" appare, pertanto, assolutamente fondamentale nel determinare

la concezione dell'Io-soggetto come sempre inestricabilmente connesso con l'ambiente in cui nasce e vive, così i concetti di "Coscienza della coscienza" e di "Creatività", secondo Minolli, appaiono altrettanto legati all'originale principio della "Presenza a se stessi", che questo Autore considera come il punto di riferimento fondamentale per una reale possibilità, peraltro per nulla scontata, di "prendere in mano la propria vita".

Useremo "coscienza" per indicare la capacità dell'essere vivente di cogliere l'esterno e l'interno e quindi la capacità di essere in rapporto, consciamente e inconsciamente, con se stessi e con il mondo. Un cogliere e un essere in rapporto che implica, come dice Morin (1981, p. 268), un'azione cognitiva, una distinzione sé/non sé e, in qualche modo, un'auto-trascendentalizzazione del sé rispetto al non-sé. In questa luce 'coscienza' è una capacità di cui è dotato qualsiasi essere vivente: dalla cellula all'essere umano. Tralasciando il come funziona e quindi la coscienza cognitiva, ma anche il risultato e quindi la coscienza fenomenica, ci attestiamo esclusivamente sulla "coscienza" come capacità di ogni vivente di operare una separazione tra sé e non sé. Useremo "Coscienza della coscienza" come la capacità specifica dell'*Homo sapiens* di occuparsi e pronunciarsi sulla "coscienza". Solo l'essere umano ha la prerogativa di questo salto qualitativo che lo porta a vedere la 'coscienza' domandandosi il perché e il che cosa farne. (Minolli, 2015, p. 151)

E ancora:

È il sentimento di essere esistente che porta l'Io-soggetto ad affermare sé stesso. La "coscienza" che mette in luce l'essere esistente veicola la tendenza all'affermazione di sé. In altre parole, la "coscienza" determina l'essere esistente e di conseguenza l'Io-soggetto è portato ad affermarsi in quanto esistente. (idem, p. 159)

Per cui:

La creatività dell'Io-soggetto come possibilità di prendere in mano la propria vita e darsi un orizzonte proprio ha come conseguenza anche quella di dare consistenza all'Io-soggetto. [...] La creatività, legata fortemente alla "Coscienza della coscienza", dà paradossalmente una nuova consistenza all'Io-soggetto. Il paradosso sta nel mettere assieme due prospettive appa-

rentemente contraddittorie: da una parte l'Io-soggetto ha da mettere i piedi sulla terra riconoscendo i propri limiti e gli scherzi della "coscienza", dall'altra l'Io-soggetto può accedere ad avere fiducia in sé stesso e a prendersi sul serio per quello che è. La consistenza deriva da questo lavoro dovuto alla "coscienza della coscienza". Non più un finalizzarsi fuori di sé, non più un'aspirazione sconfinante nell'individualismo, ma una consistenza dell'essere in rapporto con sé stessi. Una consistenza che permette di affrontare la vita partendo finalmente da sé stessi. (ibidem, pag. 207)

Ma la creatività, secondo Minolli, non conduce automaticamente all'autorealizzazione, al benessere, alla pienezza dell'esistere: al contrario, essa comporta innanzitutto per chi vi accede di sprofondare in almeno una tra due situazioni individuali estremamente negative e pericolose, vale a dire il *vuoto* e la *solitudine*.

Quando emerge la possibilità della creatività è inevitabile che l'Io-soggetto vada incontro al vuoto. La creatività è mettere mano alla sensazione di un'esistenza assolutizzata. Non è assurdo ritenere che, intravedendo la possibilità di andare oltre, anche se non contro, l'Io-soggetto senta tremare la terra sotto i piedi e abbia la sensazione di andare incontro al vuoto. (ibidem, p. 202)

E ancora:

Una seconda conseguenza del processo della creatività è la solitudine. [...] Non è solitudine come abbandono. Anche l'abbandono fa sentire soli, ma è una solitudine intrisa di vittimismo per il non-amore dell'altro. [...] La solitudine legata alla creatività è un'altra cosa: è la condizione esistenziale dell'Io-soggetto, è il risultato inevitabile della creatività.

Nel mare della vita, prima o dopo, si esce dal porto sicuro e tranquillo e si sente l'esigenza di andare al largo. Soli sull'imbarcazione a sfidare il vento e le onde attingendo dentro al proprio cuore la forza e il coraggio. Quando la terra sfuma all'orizzonte e il sole risplende sulla testa e attorno non si vede che acqua, allora si è soli di una solitudine che scalda il cuore. Una solitudine che permea tutto l'essere e che esula dal pensiero e dalla parola. Una solitudine che riempie e attiva tutte le energie necessarie per affrontare la propria vita. Una solitudine che

trasforma la configurazione ricevuta e fatta propria per attingere in se stessi il calore e il senso della propria esistenza. (ibidem, pp. 204-205)

Però, infine:

Per arrivare alla Presenza a sé stessi la “Coscienza della coscienza” affronta molti e inevitabili ostacoli: dal rifiuto alla reazione, dalla negazione all’idealizzazione, dalla rassegnazione alla rinuncia, dalla delega alla società al rifugiarsi nella patologia. Non è necessario spodestare alcuna Carta costituzionale per criticare e ritenere fuori legge queste circonvoluzioni che l’Io-soggetto mette in opera per raggiungere la qualità della Presenza a sé stesso. Una delle molle, forse la più incisiva, che spinge verso la Presenza è la sofferenza cioè il malessere di non potersi dire di essere sé stessi per quello che si è e di potere quindi prendere in mano la propria vita. (ibidem, p. 233)

Sulla base di questa descrizione del processo verso l’acquisizione della “Presenza a se stessi” come descritto da Minolli nel suo lavoro del 2015, nonché dei suoi quattro “presupposti teorici” in precedenza declinati e illustrati, l’applicazione al momento psicoterapeutico del modello della Psicoanalisi della Relazione si svincola – a mio avviso pressoché definitivamente – non solo dal concetto di *conflitto intrapsichico*, ma anche dal concetto di *modello ideale* a cui tutte le persone debbano necessariamente tendere quando iniziano una psicoterapia secondo l’approccio dell’odierna *Psicoanalisi della Relazione*. Conclude infatti, al riguardo, lo stesso Minolli (2009):

Ogni sistema, quindi anche ogni sistema umano, segue la sua strada e trova le sue soluzioni. Qualunque sia il suo stato è certamente funzionale alla sua coerenza. Non esiste un modello ideale di come dovrebbe essere. Non esiste un tempo del cambiamento. Non esiste un modo auspicabile di essere. L’analisi può solo perseguire una “Presenza a sé stesso” del sistema. Una Presenza a sé stessi che permetta di arrivare a stare ‘bene’ nelle proprie soluzioni storiche e quindi attuali o di proporsi cambiamenti verso direzioni stabilite dal sistema stesso. La fisica, la biologia e le scienze dell’evoluzione ci sono di aiuto nel pensare un cambiamento funzione del sistema. È al servizio del sistema che noi operiamo. È come “facilitatori” dell’Io-soggetto che siamo importanti. (Minolli, 2009, p. 159)

L'INNOVATIVO CONTRIBUTO CRITICO DELLA NEUROPSICOANALISI ALLA TEORIA PULSIONALE FREUDIANA E KLEINIANA

Di fronte a questo progressivo sviluppo della "Psicoanalisi relazionale" (secondo la qualificazione adottata sia negli Stati Uniti che in parte dell'Europa) e della "Psicoanalisi della Relazione" (così denominata in particolar modo in Italia), diversi Autori più strettamente legati alla tradizione pulsionale hanno però attuato anch'essi una significativa revisione della loro impostazione teorica, soprattutto attraverso una serie di profonde rivisitazioni dell'originaria Teoria delle Pulsioni freudiana e kleiniana che, tuttavia, non hanno ancora trovato al momento attuale una loro sintesi unanimemente condivisa.

Uno dei più importanti tentativi operati in questo senso negli ultimi due decenni è comunque individuabile, tra gli altri, all'interno di quel filone della psicoanalisi che ha cercato di integrare questa impostazione teorica con alcune delle più recenti acquisizioni delle neuroscienze, vale a dire quello specifico indirizzo di ricerca che è per lo più conosciuto a livello internazionale con il termine di *Neuropsychoanalysis* (tradotto generalmente in italiano come "Neuropsicoanalisi").

E in particolare, all'interno di questo filone di ricerche, uno dei contributi sicuramente più significativi riguardo alla revisione scientifica della tradizionale teoria pulsionale freudiana e kleiniana risulta oggi riferibile al ricercatore sudafricano Mark Solms di cui sono stati pubblicati anche due importanti contributi in lingua italiana (2013, 2022).

Scrivo infatti, in proposito, questo Autore:

La teoria psicoanalitica delle pulsioni necessita di una revisione fondamentale. Non solo oggi molti psicoanalisti hanno perso la fiducia nel concetto stesso di pulsione di Freud (1915a, 1920) ma, facendo coincidere del tutto la teoria *freudiana* con la teoria *generale* sulle pulsioni, ci stiamo allontanando del tutto da una teoria della motivazione. Il prezzo che stiamo pagando per questo ci appare troppo grande; credo che piuttosto che abbandonare la nostra teoria delle pulsioni sia necessario aggiornarla. (Solms, 2022, p. 364)

A motivazione della necessità della "revisione fondamentale" della teoria psicoanalitica delle pulsioni da lui auspicata, Solms (2022) cita una serie di evidenti lacune, contraddizioni

o scarse comprensibilità dell'originale elaborazione operata da Sigmund Freud, alla quale anche le successive modifiche o integrazioni di Melanie Klein e della sua Scuola non appaiono essere state in grado di fornire adeguate soluzioni. Le principali di queste critiche di Solms alla Teoria delle Pulsioni freudiana mi sembrano le seguenti:

1. La natura non essenzialmente dualistica del conflitto intrapsichico.

Freud riteneva necessario classificare le pulsioni su una base *dualistica*. L'esperienza clinica richiedeva una classificazione che potesse accogliere l'ubiquità del *conflitto* nella vita mentale, ma sembra ovvio che questo requisito non implica necessariamente un conflitto a due vie (ad esempio, si può essere sessualmente eccitati da un oggetto, infastiditi da esso e dipendenti da esso – cioè "attaccati" ad esso – tutto allo stesso tempo). (Solms, 2022, p. 371)

2. La poco convincente descrizione operata da Freud riguardo alla sua utilizzazione del concetto di "piacere-dispiacere".

Freud vedeva la serie piacere-dispiacere come un *continuum*: l'organismo è costretto a cercare sempre più piacere. È solo grazie all'influenza costringente del "principio di realtà" che questa spinta compulsiva viene domata, poiché l'Io impara a tollerare un costante accumulo di energia libidica, che caratterizza il principio di costanza e dà origine al processo secondario. Freud fu presto assalito da dubbi su questo rapporto direttamente proporzionale tra spinta pulsionale e valenza affettiva. [...] Alla fine non poté proporre nulla di meglio che suggerire che forse piacere e dispiacere non corrispondono al livello assoluto di tensione pulsionale, quanto piuttosto alle sue fluttuazioni in un dato periodo di tempo. (Solms, 2022, p. 373)

Nemmeno questo ulteriore tentativo di spiegazione da parte di Freud appare tuttavia per Solms sufficientemente adeguato.

3. La concezione finale di Freud secondo cui il "Principio del Nirvana" ed il piacere ad esso collegato si trovino associati non alla pulsione di vita, come parrebbe logico ritenere intuitivamente, bensì alla pulsione di morte.

Freud (1895) aveva inizialmente equiparato il principio di piacere all'inerzia neuronale, e la sua relazione con l'entropia divenne ancora più chiara quando la equiparava, come fece qui, al principio del Nirvana. Ma poiché la pulsione di morte si ipotizzava fosse al servizio del principio del Nirvana, ciò portava alla sconcertante conseguenza che il piacere fosse associato alla soddisfazione non delle pulsioni di vita ma della pulsione di morte. Ecco perché alla fine Freud si sentì obbligato [...] a interpretare il piacere associato all'orgasmo – un fenomeno così strettamente connesso alla riproduzione (dal punto di vista biologico) che sicuramente serve agli scopi della *vita* – a un evento mortale. Questa è una chiara indicazione che Freud, nello sviluppo della sua teoria delle pulsioni, potrebbe aver imboccato una strada sbagliata. (idem, p. 374)

4. La relazione tra le pulsioni e le qualità della coscienza.

Freud ha insistito sul fatto che gli affetti sono necessariamente fenomeni coscienti. Non esiste un "sentimento inconscio". Questo perché gli affetti, per Freud, erano percezioni del processo di *scarico* delle pulsioni; così che una pulsione rimane inconscia fino a quando non viene scaricata, e a quel punto viene percepita consciamente e non è più una pulsione ma un affetto [...] Se gli affetti sono coscienti per definizione (vedi sopra), allora come può essere vero (1) che il passaggio degli eventi nell'Es obbedisce all'inesorabile principio di piacere e (2) che l'Es e le sue pulsioni sino governati da processi inconsci? Che senso ha un principio di piacere "proprio" dell'Es se non viene sentito? [...] Ancora una volta, siamo alle prese con un'importante incoerenza teorica, che ci segnala che stiamo seguendo la rotta sbagliata. (ibidem, pp. 376-377)

VERSO UNA NUOVA CONCEZIONE DELLE PULSIONI UMANE

Per cercare di superare queste e altre lacune o contraddizioni freudiane, evidentemente mai colmate secondo Solms sino a oggi, questo Autore avanza una propria proposta di revisione della teoria pulsionale, sulla base di una propria elaborazione fondata, oltre che su propri contributi personali, anche su quelli di cinque neuroscienziati contemporanei: Jaak Panksepp (1998), Donald Pfaff (1999, 2005), Antonio Damasio (2010, 2018), Karl Friston (2009, 2013) e Bjorn Merker (2007). I fondamenti generali di questa Teoria delle Pulsioni proposta da Solms sembrano essere i seguenti:

1. Il meccanismo fondamentale della pulsione è l'omeostasi [...] Per essere chiari: esistono molti sistemi omeostatici (anche nel corpo) che sono regolati *in maniera autonoma*. Non vi è nulla di mentale nel loro funzionamento. La regolazione della pressione sanguigna è un esempio clinicamente noto: voi (e la vostra mente) non sapete nulla dei limiti e degli sbalzi della pressione sanguigna del vostro corpo finché non è troppo tardi. Di conseguenza, a meno che non controlliate la vostra pressione arteriosa artificialmente (mediante un ausilio esterno), non potete venire a conoscenza dei segnali di errore e quindi non potete fare nulla per correggerli. Allo stesso modo, il vostro corpo ottiene energia metabolizzando il glucosio dei tessuti adiposi in base alle necessità, e anche in questo processo non è coinvolta alcuna pulsione. La richiesta fatta alla vostra mente di trovare ulteriori rifornimenti nel mondo esterno, al contrario, è una pulsione – esattamente nel senso in cui la definì Freud (1915a) – e in questo caso è una pulsione chiamata “fame”. Per differenziare questi due tipi di domanda di lavoro, quella non mentale e quella mentale, userò rispettivamente i termini “bisogno” e “pulsione”. (ibidem, pp. 378-379)
2. La Coscienza è quella funzione mentale che ci permette di compiere scelte adattive in mancanza di meccanismi corporei che possano garantire un'omeostasi automatica.

Sembra che ciò che distingue un bisogno regolato dal sistema nervoso autonomo da una pulsione psicologica sia l'esigenza di provare sentimenti. [...] Il dispiacere informa l'organismo che le cose stanno peggiorando (cioè, che la spinta pulsionale sta aumentando) mentre il piacere lo informa che le cose stanno migliorando (la spinta pulsionale decresce) *nel corso di situazioni impreviste*; i sentimenti pertanto costituiscono per l'organismo un enorme vantaggio adattivo in quanto permettono le competenze legate al comportamento volontario. Ciò ripristina, in modo semplice, il rapporto psicofisico tra pulsioni e piacere-dispiacere che Freud pensava di dover abbandonare. Ma attenzione: se il meccanismo di base della pulsione è omeostatico, allora lo stato *ideale* dell'organismo non è il piacere quanto piuttosto la sazietà. La “sazietà” si raggiunge quando si riconquista la posizione all'interno dei limiti vitali; allora il sentimento in questione si risolve e scompare dal radar della coscienza. (ibidem, p. 381)

3. Le pulsioni, secondo Solms, sono "coscienti", mentre

i bisogni corporei che alla fine danno origine a fame, sete ecc. (bilancio energetico, bilancio sodio/acqua e così via) sono in primo luogo monitorati e regolati inconsciamente, ma non sono questi i tipi di processi che Freud ha indicato con il termine di 'inconscio'. Rimangono sul lato corporeo del confine tra lo psichico e il somatico. Propongo di usare il termine "non conscio" per tali processi non-mentali.

Propongo parimenti di definire "affetto" la componente soggettiva della pulsione. (ibidem, p. 382)

4. Il principio del piacere è al servizio del principio del Nirvana, ed entrambi appartengono alle specie di pulsioni cosiddette "di vita". "Non c'è bisogno di invocare l'esistenza di una separata pulsione di 'morte' al servizio del principio del Nirvana: al suo conseguimento sono delegate le pulsioni 'vitali' di cui questo stato di 'assenza di bisogno' ne rappresenta la meta ideale" (ibidem, p. 384).

5. I fenomeni psicologici che Freud associava alla pulsione di morte indubbiamente esistono, ma non vanno necessariamente ricondotti a tale ipotetica pulsione bensì a due ben differenti tipologie di atteggiamenti mentali, che Solms rispettivamente denomina come "evolutivi" e "patologici".

La "coazione a ripetere" (e i fenomeni evolutivi ad essa associati, sui quali Freud ha richiamato l'attenzione, come i bambini che vogliono ripetere all'infinito gli stessi giochi e le stesse storie) mi sembra semplicemente un'espressione della coazione a ridurre l'incertezza (cioè, per aumentare la prevedibilità) [...] che è al centro dell'*apprendere dall'esperienza*. I fenomeni *patologici* su cui Freud ha attirato l'attenzione sono comportamenti autodistruttivi di vario genere: i fenomeni del narcisismo maligno, le reazioni terapeutiche negative, le dipendenze, l'anoressia nervosa, le tendenze suicide e altre problematiche simili che hanno l'onnipotenza come denominatore comune. [...] Ciò che accomuna questi fenomeni (a parte il fatto che non sono l'espressione di una pulsione naturale, proprio perché patologici) è il fatto che sono tentativi di raggiungere la sazietà attraverso un "cortocircuito"; cioè, sono tentativi di soddisfare le richieste di lavoro fatte alla mente *senza svolgere effettivamente il lavoro*. In altre parole, sono tentativi di eludere il principio di realtà, un'attitudine che è davvero pericolosa da perseguire

(oltre che potenzialmente fatale). Queste manifestazioni conseguono a particolari organizzazioni *difensive*, cioè fallimenti di funzionamento dell'Io, e non a richieste dell'Es. (ibidem, pp. 384-385)

6. Per svolgere tale lavoro di recupero dell'omeostasi (la cui funzione, Solms lo ribadisce più volte, è quella di mantenere l'organismo vivente all'interno dei limiti che definiscono i propri parametri vitali) è ovviamente necessario disporre di un certo quantitativo di energia, che Solms definisce utilizzando sia i contributi avanzati a suo tempo da Freud sia quelli più recentemente proposti da Friston, che a suo giudizio appaiono sostanzialmente compatibili con il complessivo impianto teorico freudiano. In particolare, ciò secondo Solms rende la teoria di Friston compatibile con quella di Freud, risolvendo di conseguenza numerose questioni alle quali Freud – a causa delle scarse conoscenze su questa materia che caratterizzavano il suo tempo storico – non aveva invece saputo fornire risposta, è il concetto di “energia libera”, vale a dire quella che in uno specifico momento è a disposizione dell'organismo per poter svolgere quello specifico lavoro che in quel momento l'organismo stesso richiede (al contrario dell'energia cosiddetta “legata”, che invece serve all'organismo per continuare a svolgere altri compiti almeno altrettanto necessari e che, se venissero abbandonati, potrebbero a loro volta causare all'organismo gravi e problematiche conseguenze). Infatti, sottolinea Solms al riguardo,

l'energia in un sistema che attualmente non è impiegata per sopravvivere come sistema (cioè per evitare la propria dissipazione) allora l'energia libera nel sistema deve essere vincolata. Questo è il “principio dell'energia libera”. [...] Friston ha equiparato la sua concezione di energia libera all’“energia pulsionale” di Freud, nel senso che l'energia pulsionale è isomorfa all’“energia libera attesa” (vedi Carhart-Harris & Friston, 2010). (ibidem, pp. 386-387)

Specifica, inoltre, Solms su questo stesso argomento:

Secondo Friston, l'omeostasi in biologia è l'espressione di un meccanismo ancora più basilare in fisica, ovvero una tendenza

naturale alla "auto-organizzazione". I sistemi che si auto-organizzano sono intrinsecamente adattivi: mantengono autonomamente la propria integrità strutturale e funzionale di fronte alle perturbazioni ambientali. (ibidem, p. 388)

7. Un ulteriore concetto che Solms utilizza per l'elaborazione della sua personale Teoria delle Pulsioni è quello di "attrattore", che definisce un principio matematico molto utilizzato all'interno della cosiddetta "teoria dei sistemi dinamici" e che questo Autore completa, al fine di renderlo utile e funzionale per l'esplicitazione della sua proposta di revisione di questo specifico ambito dell'odierna psicoanalisi, con l'altro concetto matematico di "coperta di Markov", che contrassegna uno stato di indipendenza locale di una specifica variabile all'interno di un modello a "rete" in cui i nodi rappresentano variabili che, pur essendo tutte in collegamento tra di loro (come accade, appunto, a tutti i "nodi" di una "rete"), sono tuttavia reciprocamente indipendenti (modello matematico definito in genere col termine di "rete bayesiana"). La descrizione degli "attrattori" dei sistemi dinamici caotici è stata uno dei punti salienti della cosiddetta "teoria del caos", che in questi ultimi anni ha avuto in Italia una particolare risonanza sociale anche a seguito del premio Nobel assegnato nel 2021 al fisico italiano Giorgio Parisi proprio per i suoi studi in tale ambito (relativo alla meccanica statistica dei sistemi complessi). Nella contemporanea "teoria del caos", l'"attrattore" rappresenta un punto (oppure anche una curva, oppure una varietà di punti e di curve, o anche un insieme più complicato dotato di struttura frattale) di "ordine superiore" rispetto a tutti gli altri punti dello spazio caotico considerato, e verso cui il sistema *tende* (da cui cioè viene attratto) al fine di evolvere attraverso un modello di comportamento dinamico che non si ripete mai in modo identico pur utilizzando traiettorie che arrivano a essere sufficientemente vicine ad esso ma che comunque, anche dopo un tempo significativo, rimangono differenziate sebbene sempre leggermente e reciprocamente perturbate. Così Solms descrive ed esplicita il proprio punto di vista in proposito, applicando questi concetti matematici e fisici alla propria teoria pulsionale:

I sistemi auto-organizzati [...] evolvono dirigendosi spontaneamente verso un “*punto di assestamento*”, che William Ross Ashby ha descritto come un “*attrattore*” posto in un “*bacino*” di stati circostanti. L’ulteriore evoluzione di questi sistemi mostra alcune caratteristiche peculiari. La prima è che acquisiscono una “*coperta di Markov*”, che potrebbe essere descritta come una membrana circostante che separa il sistema (e i suoi stati interni) da tutto ciò che è non-sistema (i suoi stati esterni). Questo concetto rappresenta il fulcro originario dell’*individualità*, e conferisce al contempo al sistema un “*punto di vista*”, che è l’origine della *soggettività*. [...] In questo modo, le conseguenze delle azioni del sistema vengono *riportate* all’interno del sistema stesso. [...] La differenza tra gli stati sensoriali che sono *previsti* dagli stati interni del sistema per fluire dai suoi stati attivi e gli stati sensoriali che *effettivamente* fluiscono da essi deve essere ridotta al minimo. Questa differenza si chiama “*sorpresa*” (*surprisal*). In parole povere, se vuole sopravvivere, il sistema deve evitare stati sorprendenti (inaspettati). Questo chiama in causa di nuovo il meccanismo dell’omeostasi. Tralasciando alcune complessità matematiche, l’energia libera è quindi funzione della *sorpresa media*. Il divario tra gli stati sensoriali previsti di un sistema auto-organizzante e i suoi stati effettivi in un dato periodo di tempo, viene misurato come la sua energia libera. L’aumento dell’energia libera è una minaccia esistenziale per il sistema; quindi, il sistema deve minimizzarlo (deve ridurre al minimo l’energia libera *prevista*). E questo, a quanto pare, è il meccanismo fondamentale della pulsione. La pulsione è una misura (quantificabile) della richiesta fatta al sistema di un lavoro *più efficace*. (ibidem, pp. 388-390)

8. Dopo aver così ridefinito, su basi fisiche e matematiche rigorosamente quantificabili, il concetto di pulsione, Solms definisce sia anatomicamente sia funzionalmente le sedi di origine e di attività di queste fondamentali componenti dell’attività psichica, e chiarisce inoltre il loro ruolo nella genesi di ciò che Freud considerava come la “*funzione superiore*” per eccellenza, vale a dire la coscienza, che Freud stesso localizzava nella corteccia cerebrale. Rileva invece Solms al riguardo:

Le strutture di ‘*monitoraggio corporeo*’ che registrano e regolano gli errori omeostatici si trovano nel tronco cerebrale e nei nuclei diencefalici che circondano il canale centrale, il terzo ed il

quarto ventricolo. Forse non sorprende il fatto che questi nuclei siano intimamente connessi con i meccanismi cerebrali dell'eccitamento, i cui centri costituiscono le vie di uscita dei nuclei del sistema di attivazione reticolare. Ma ciò che avrebbe sorpreso Freud è il fatto che questi meccanismi, la fonte stessa delle nostre pulsioni, *sono anche la fonte della coscienza* [...] Il sistema C (conscio) non è un sistema intrinsecamente corticale: esso nasce dai nuclei più profondi del tronco cerebrale [...] Freud adottò delle nozioni neuroanatomiche che da allora si sono dimostrate sbagliate. Pertanto, siamo obbligati a correggerlo con le successive scoperte neuro anatomiche. (ibidem, p. 391)

LA NUOVA CLASSIFICAZIONE DELLE PULSIONI EMOTIVE PROPOSTA DA SOLMS

Dopo aver così ridefinito, su basi rigorosamente ancorate alla fisica (in particolare alla meccanica statistica) e alle neuroscienze attuali, sia le pulsioni sia le loro fonti corporee, Solms giunge infine a proporre per esse una nuova classificazione, che si allontana nettamente (anche se a mio avviso non completamente) dalle originarie teorie formulate al riguardo da Sigmund Freud e da Melanie Klein e sostanzialmente abbraccia quella proposta invece da Jaak Panksepp (1998), pur con alcune significative modificazioni concettuali.

Panksepp infatti, specifica Solms, suddivide innanzitutto le *pulsioni in corporee ed emotive*, classificando poi ulteriormente quelle corporee nelle due sottocategorie di *pulsioni omeostatiche* (per designare quelle *enterocettive*, cioè provenienti da fonti poste all'interno del corpo) e *sensoriali* (cioè provenienti da fonti poste all'esterno del corpo). Solms ritiene invece doveroso correggere quest'ultima serie di definizioni proposte da Panksepp in quanto, nella sua visione, tutte le pulsioni sono omeostatiche, e quindi riclassifica le pulsioni corporee suddividendole, più semplicemente, in *enterocettive* ed *esterocettive*. Inoltre, sempre secondo Solms,

Le pulsioni "emotive" si distinguono da quelle "corporee" principalmente in virtù del fatto che non sorgono tanto da bisogni corporei quanto da quelli che si potrebbero chiamare bisogni di *relazioni oggettuali*, sorgono cioè da bisogni biologici in relazione ad altri agenti mentali. [...] È importante notare, quindi, che, diversamente da quanto pensava Freud, non tutte

le pulsioni hanno una fonte corporea. Qual è la fonte corporea del desiderio per la presenza premurosa di una figura di attaccamento, per esempio? (ibidem, pp. 392-393)

Sulla base di questa riclassificazione e ridefinizione complessiva delle pulsioni umane, infine, Solms accetta invece *in toto* l'identificazione operata da Panksepp riguardo a quelle che questi due Autori considerano come le *sette pulsioni emotive* (o *sette emozioni di base*) che sperimentalmente

possono essere sollecitate da una stimolazione elettrica o chimica (specifica) esattamente negli stessi siti cerebrali in tutti i mammiferi, dai topi agli uomini (molte di esse possono essere evocate anche negli uccelli e alcune in tutti i vertebrati). [...] Panksepp ha scritto in maiuscolo i nomi usati per denominare le pulsioni; questo per distinguerli dall'uso colloquiale perché voleva indicare che stava parlando di interi sistemi biologici, non solo di sentimenti. (ibidem, pp. 394-395)

Ecco pertanto elencate qui di seguito, scritte in caratteri maiuscoli nel rispetto di quest'ultimo orientamento di Panksepp, le sette pulsioni emotive fondamentali umane:

1. la pulsione del DESIDERIO SESSUALE;
2. la pulsione di RICERCA;
3. la pulsione della RABBIA;
4. la pulsione della PAURA;
5. la pulsione del PANICO/DOLORE DA ABBANDONO;
6. la pulsione della CURA/ACCUDIMENTO;
7. la pulsione del GIOCO.

Secondo Solms, quindi, riepilogando:

1. Le pulsioni non solo sono tutte consce, ma sono esse stesse la fonte della coscienza.
2. L'energia pulsionale può essere equiparata all'energia libera di Friston, ed è quindi potenzialmente quantificabile.
3. Esistono molte pulsioni, che possono essere distinte tra *corporee* ed *emotive*; tra queste ultime ne sono state individuate sino a oggi almeno *sette*, che costituiscono pertanto una delle basi del patrimonio filogenetico dell'umanità.
4. Nella mente non esiste alcuna pulsione di morte: tutte le pulsioni sono tese a preservare la vita individuale o

la sopravvivenza della specie, e tendono a ristabilire l'omeostasi interna dell'organismo in ossequio ai principi dell'auto-organizzazione, della massima armonizzazione possibile dell'individuo con il suo ambiente umano esterno (compatibilmente con le esigenze di sopravvivenza sia dell'individuo sia della specie) e della miglior risposta dell'organismo alle stimolazioni sia interne sia esterne (svolgendo pertanto, al riguardo, una sorta di "funzione-guida per l'apprendimento").

5. L'apprendimento è infatti governato dalla cosiddetta "Legge degli Affetti, che afferma: 'Se un comportamento è regolarmente associato a piacere tenderà a ripetersi, e se è costantemente accompagnato da dispiacere tenderà a cessare'" (ibidem, p. 382).
6. "Le pulsioni 'emotive' si distinguono da quelle 'corporee' principalmente in virtù del fatto che non sorgono tanto da bisogni corporei quanto da quelli che si potrebbero chiamare bisogni *di relazioni oggettuali*" (ibidem, p. 392).

CONCLUSIONI

La cancellazione dell'idea dell'esistenza, su base biologica, della pulsione di morte; l'adozione di un modello fisico-matematico dell'organismo vivente fondato sulla *teoria dei sistemi dinamici complessi* e sulla *teoria del caos*; la visione dell'essere umano come individuo *auto-organizzato* in continua interazione sia con il proprio ambiente interno sia con quello esterno (e si potrebbe quindi usare, in proposito, anche il termine *auto-eco-organizzato*; il riconoscimento del fatto che le pulsioni emotive nascono a livello mentale sulla base dei bisogni di *relazioni oggettuali*: sono tutti, questi, elementi che a mio avviso consentono di ritenere la complessiva *Teoria Neuropsicoanalitica delle Pulsioni* proposta in questi ultimi anni da Solms come molto più vicina alla contemporanea *Psicoanalisi della Relazione* di quanto non fosse invece l'originaria *Psicoanalisi delle Pulsioni* assunta invece come proprio modello di riferimento dagli autori di scuola freudiana e kleiniana.

Vi sono però da operare al riguardo anche due altre osservazioni fondamentali:

1. questa nuova visione proposta oggi da Solms non è a tutt'oggi condivisa pienamente neppure dai neuroscienziati ad orientamento psicoanalitico che sono da considerarsi come aderenti al modello della cosiddetta *Neuropsicoanalisi*, e appare quindi accettata solo da una veramente minima parte dell'insieme complessivo degli psicoanalisti oggi operativi a livello non soltanto italiano ma anche internazionale che si rifanno quindi al più generale modello della *Psicoanalisi delle Pulsioni*.
2. Anche nella sua versione modificata secondo le conclusioni di Solms, questo modello teorico pare assegnare alle relazioni umane un'importanza che, sebbene maggiormente riconosciuta rispetto al passato, continua ad apparire subordinata sostanzialmente al ruolo delle pulsioni anziché assurgere, come invece ribadito dall'odierna *Psicoanalisi della Relazione*, un ruolo primario rispetto a esse.

Questi due modelli quindi, sebbene possano oggi apparire *potenzialmente* un po' meno lontani tra di loro di quanto lo siano stati negli ultimi quattro o forse anche cinque decenni, anche se il mondo psicoanalitico pulsionale adottasse in blocco la nuova visione proposta da Solms resterebbero a mio avviso ancora distinti, separati, non immediatamente confluibili l'uno nell'altro. Restano cioè in pratica, almeno oggi, come due binari paralleli, probabilmente non più divergenti come lo sono stati in passato e magari anche un po' meno distanti. Ambedue con mete prefissate analoghe e teoricamente non configgenti (il benessere psicologico delle persone, le capacità di massima autogestione e autogoverno di queste ultime, una loro soddisfacente vita effettiva e relazionale, il loro armonico inserimento a livello lavorativo, scolastico, sociale e così via) ma da raggiungersi, in ogni caso, attraverso percorsi propri, caratteristici di ognuna di queste due differenti impostazioni.

Non è tuttavia escluso, anche se non saprei dire quanto auspicabile, che in un futuro attualmente non determinabile questi due modelli (magari proprio attraverso una comune adozione di nuovi spunti conoscitivi provenienti ad esempio dalle neuroscienze, dalla teoria dei sistemi complessi dinamici non lineari, dalla teoria del caos, dall'etologia e da chissà

cos'altro ancora) possano ulteriormente riavvicinarsi, sino a poter trovare in tal modo anche l'opportunità di confluire l'uno nell'altro, originando così una nuova teoria psicoanalitica che li integri e li riunifichi entrambi. Ma tale eventualità, che al momento appare ancora unicamente teorica, sarebbe poi un reale progresso per la psicoanalisi complessivamente intesa, oppure non costituirebbe in realtà una sorta di omologazione che potrebbe togliere ad essa quella capacità di dialettica e di confronto interno che, di fatto, è ciò che ne ha consentito la sopravvivenza sino a oggi e che la rende tuttora viva?

Penso che nessuno, a tutt'oggi, possieda al riguardo una risposta sufficientemente chiara.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Adler, A. (1908). *Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose*. In *Fortschritte der Medizin*, 1908. Ristampato in: Adler, A. e Furtmüller, C. (1914), *Heilen und Bilden. Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie*. (Trad. it.: La pulsione aggressiva nella vita e nella nevrosi, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 5-14, 1914).
- Adler, A. & Furtmüller, C. (1914), *Heilen und Bilden. Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie*. (Trad. it.: La pulsione aggressiva nella vita e nella nevrosi, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 5-14, 1914).
- Ashby, W. R. (1962). *Principles of the self-organizing system*. In Von Foerster, H. & Zopf, G. W. J. (Eds.), *Principles of Self-Organization: Transactions of the University of Illinois Symposium* (pp. 255-278). London: Pergamon Press.
- Bacciagaluppi, M. (1996). Le idee di Erich Fromm sulla "tecnica" psicoanalitica. In *Psicoterapia e scienza umane*: Volume 23, No. 3, 1989.
- Bacciagaluppi, M. (2012). *Paradigmi in psicoanalisi. Un modello integrato*. Pisa: Edizioni ETS, 2012.
- Balchin, R., Barry, V., Bazan, A., Blechner, M.J., Clarici, A., Flores Mosri, D., Fotopoulou, A., Goergen, M.S., Kessler, R., Matthis, I., Muñoz Zúñiga, J.F., Northoff, G., Olds, D., Oppenheim, L., Reismann-Lagrèze, D., Tsakiris, M., Watt, D., Yeates, G. & Zellner, M., *Reflections on 20 years of neuropsychanalysis*. *Neuropsychanalysis*, 2019, 21: 2: 97-100. DOI: 10.1080/15294145.2019.1695978.
- Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita. Vol. 1. L'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri, 1989.
- Bowlby, J. (1973). *Attaccamento e perdita. Vol. 2. La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri, 1978.

- Bromberg, M.B. (1998/2001). *Clinica del trauma e della dissociazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2007.
- Carhart-Harris, R. & Friston, K. (2010). The default-mode, ego-functions and free-energy: A neurobiological account of Freudian ideas. *Brain*, 133, 4: 1265-1283. DOI: 10.1093/brain/awq010.
- Clarici, A. (2015). Neuropsicoanalisi ha un'influenza on psicoanalytic technique but not on the psychoanalytic method. *Neuropsicoanalysis*, 17, 1: 39-51. DOI: 10.1080/15294145.2015.1034291.
- Clarici, A. (2019). *To be or not to be a neuropsicoanalyst... that is the question!* In: Balchin R., Barry, V., Bazan, A., Blechner, M.J., Clarici, A., Flores Mosri, D., Fotopoulou, A., Goergen, M.S., Kessler, R., Matthis, I., Muñoz Zúñiga, J.F., Northoff, G., Olds, D., Oppenheim, L., Reismann-Lagrèze, D., Tsakiris, M., Watt, D., Yeates, G. & Zellner, M., *Reflections on 20 years of neuropsicoanalysis*. *Neuropsicoanalysis*, 2019, 21: 2: 97-100. DOI: 10.1080/15294145.2019.1695978.
- Clarici, A. (2022). La rivisitazione del concetto di pulsione dalle neuroscienze affettive (Panksepp) alla neuropsicoanalisi (Solms): commento all'articolo di Mark Solms. In: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2022, 56 (3): 423-428. DOI: 10.3280/PU2022-003002.
- Damasio, A. (2010). *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. New York: Pantheon (trad. it.: *Il Sé viene alla mente: la costruzione del cervello cosciente*. Milano: Adelphi, 2012).
- Damasio, A. (2018). *The Strange Order of Things: Life, Feeling, and the Making of Cultures*. New York: Pantheon (trad. it.: *Lo strano ordine delle cose: la vita, i sentimenti e la creazione della cultura*. Milano: Adelphi, 2018).
- Fontana, M. (2016). *La psicopatologia in Psicoanalisi della Relazione*. Indirizzo web: https://sipreonline.it/wp-content/uploads/2016/10/Fontana_Psicopatol_-La-psicopat-in-Psi-Rel.pdf
- Fontana, M. (2017). *La diagnosi e le sue implicazioni nella clinica psicoanalitica*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2017.
- Frati, F. (2021). Il conflitto intrapsichico e l'evoluzione storica del suo approccio psicoterapeutico in Psicoanalisi. In *Ricerca Psicoanalitica* | ISSN 1827-4625 | Anno XXXII, n. 3, pp. 667-702, 2021. DOI: 10.4081/rp.2021.535
- Friston, K. (2010). The free-energy principle: A unified brain theory? *Nature Reviews Neuroscience*, 11, 2: 127-138. DOI: 10.1038/nrn2787.
- Freud, S. (1895 [1950]). *Progetto di una psicologia*. Opere, vol. 2: 195-284. Torino: Boringhieri, 1968.
- Freud, S. (1905). *Tre saggi sulla teoria sessuale*. Opere, vol. 4: 443-546. Torino: Boringhieri, 1970.
- Freud, S. (1910). *I disturbi visivi psicogeni nell'interpretazione psicoanalitica*. Opere, vol. 6: 289-285. Torino: Boringhieri, 1970

- Freud, S. (1913). *La disposizione alla nevrosi ossessiva*. Opere, vol. 7: 235-244. Torino: Boringhieri, 1970.
- Freud, S. (1915a). *Pulsioni e loro destini*. Opere, vol. 8: 13-35. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1915b). *Metapsicologia. L'inconscio*. Opere, 8: 49-88. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1915-17). *Introduzione alla psicoanalisi*. Opere, vol. 8: 191-613. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1920). *Al di là del principio di piacere*. Opere, vol. 9: 187-249. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1922a). *Due voci di enciclopedia: "Psicoanalisi" e "Teoria della Libido"*. Opere, vol. 9: 435-462. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1922b). *L'Io e l'Es*. Opere, vol. 9: 469-520. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1923). *Nevrosi e psicosi*. Opere, vol. 9: 607-615. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1926). *Inibizione, sintomo e angoscia*. Opere, vol. 10: 231-317. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1932). *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)*. Opere, vol. 11: 115-284. Torino: Boringhieri, 1979.
- Freud, S. (1938 [1940]). *Compendio di psicoanalisi*. Opere, vol. 11: 569-634. Torino: Boringhieri, 1979.
- Friston, K. (2009). The free-energy principle: A rough guide to the brain? *Trends in Cognitive Sciences*, 13, 7: 293-301. DOI: 10.1016/j.tics.2009.04.005.
- Friston, K. (2013). Life as we know it. *Journal of the Royal Society Interface*, 10, 86: 20130475. DOI: 10.1098/rsif.2013.0475.
- Kernberg, O.F. (2012). The Seeking System and Freud's dual-drive theory today. *Neuropsychoanalysis*, 14, 1: 50-52. DOI: 10.1080/15294145.2012.10773687.
- Kernberg, O. F. (2015). Neurobiological correlates of object relations theory: The relationship between neurobiological and psychodynamic development. *International Forum of Psychoanalysis*, 24, 1: 38-46. DOI: 10.1080/0803706X.2014.912352.
- Kernberg, O. F. (2021). Comments on the "New Project for a Scientific Psychology: General scheme" by Mark Solms. *Neuropsychoanalysis*, 23, 2: 111-114. DOI: 10.1080/15294145.2021.1983453.
- Kernberg, O. F. (2022). Una nota sull'articolo di Mark Solms. In: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2022, 56 (3): 429-430. DOI: 10.3280/PU2022-003003.
- Klein, M. (1928). Primi stadi del conflitto edipico. In *Scritti: 1921-1958*. Torino: Boringhieri, 1978, pp. 214-226.
- Klein, M. (1929). La personificazione nel gioco infantile. In *Scritti: 1921-1958*. Torino: Boringhieri, 1978, pp. 227-238.

- Klein, M. (1932). *La psicoanalisi dei bambini*. Firenze: Martinelli, 1970.
- Klein, M. (1957). *Invidia e gratitudine*. Firenze: Martinelli, 1985.
- Klein, M. (1958). *Scritti: 1921-1958*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Klein, M. & Riviere, J. (1964). *Amore, odio e riparazione*. Roma: Astrolabio, 1969.
- Merker, B. (2007). Consciousness without cerebral cortex: A challenge for neuroscience and medicine. *Behavioural and Brain Sciences*, 30, 1: 63-68. DOI: 10.1017/S0140525X07000891 ([www.openphilanthropy.org/files/Research/Moral_Patienthood/Merker_\(2007\).pdf](http://www.openphilanthropy.org/files/Research/Moral_Patienthood/Merker_(2007).pdf))
- Minolli, M. (1996). La psicoanalisi della relazione. *Ricerca Psicoanalitica*. Anno VII, n. 1-2, 1996, pp. 117-133.
- Minolli, M. (1998). 1897 - 1997 Cento anni senza trauma reale. Intervista con Marco Bacciagaluppi. *Ricerca Psicoanalitica*, Anno IX, n. 1, pp. 59-69, 1998.
- Minolli, M. (2004). Per un lo-Soggetto fatto di legami. *Ricerca Psicoanalitica*, Anno XV, n. 3, 2004, pp. 317-329.
- Minolli, M. (2005). Psicoanalisi della Relazione di coppia. *Ricerca psicoanalitica*, Anno XVI, n. 3, pp. 219-242.
- Minolli, M. (2005). Per un lo-soggetto come sistema. *Ricerca psicoanalitica*, Anno XVI, n. 3, pp. 355-374.
- Minolli, M., Coin, R. (2006). Per una psicoanalisi della relazione. *Psicoterapia e Scienze Umane*, Anno XL, n. 3, pp. 641-652. Milano: Franco Angeli, 2006.
- Minolli, M., Coin, R. (2007). *Amarsi, amando. Per una psicoanalisi della relazione di coppia*. Milano: Franco Angeli, 2007.
- Minolli, M. (2009). *Psicoanalisi della Relazione*. Milano: Franco Angeli, 2009.
- Minolli, M. (2011). Tu sei me e io sono te. In *Ricerca Psicoanalitica*, XXII, 2, 2011.
- Minolli, M. (2015). *Essere e divenire. La sofferenza dell'individualismo*. Milano: Franco Angeli, 2015.
- Mitchell, S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: an integration*. Tr. it. *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri, 1993.
- Mitchell, S.A. (1993). *Speranza e timore in psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri, 1995.
- Mitchell, S.A. (1997). *Psychoanalysis and the degradation of romance. Psychoanalytic Dialogues* 7, 23-42.
- Mitchell, S. A., Aron, L., (a cura di) (1999). *Relational Psychoanalysis. The Emergence of a Tradition*. The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Mitchell, S. A. (2000). *Il modello relazionale, dall'attaccamento all'intersoggettività*. Milano: Raffaello Cortina, 2002.

- Mitchell, S. (2001). Intervista con... (AA.VV.). *Ricerca psicoanalitica*, Anno XII, 1: 32, 2001.
- Morin, E. (1981). *Computo ergo sum*. *Ricerca psicoanalitica*, Anno XVIII, 3: 263-282, 2007.
- Morin, E. (1985). Le vie della complessità. In Bocchi, G., Ceruti, M. (a cura di) (1985). *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli, 1985.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. New York: Oxford University Press.
- Panksepp, J. (2005). Beyond a joke: From animal laughter to human joy? *Science*, 308, 5718: 62-63. DOI: 10.1126/science.1112066.
- Panksepp, J. & Biven, L. (2012). *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. New York: Norton (Trad. it.: *Archeologia della mente: origini neuro evolutive delle emozioni umane*. A cura di Andrea Clarici. Milano: Raffaello Cortina, 2014).
- Pfaff, D. (1999). *Drive: Neurobiological and Molecular Mechanisms of Sexual Motivation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Pfaff, D. (2005). *Brain Arousal and Information Theory*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Solms, M. (2000). Dreaming and REM sleep are controlled by different brain mechanisms. *Behavioural and Brain Sciences*, 23, 6: 843-850. DOI: 10.1017/s0140525x00003988.
- Solms, M. (2013). The conscious id. *Neuropsychoanalysis*, 15, 1: 5-85. DOI: 10.1080/15294145.2013.10773711 (trad. it.: L'Es conscio. In: *La coscienza dell'Es: psicoanalisi e neuroscienze*. A cura di Andrea Clarici. Milano: Raffaello Cortina, 2018, pp. 267-293).
- Solms, M. (2017a). Empathy and the problem of other minds. A neuropsychoanalytic perspective and a clinical vignette. In: Lux V. & Weigl S., editors, *Empathy: Epistemic Problems and Cultural-Historical Perspectives of a Cross-Disciplinary Concept*. London: Palgrave Macmillan, 2017, pp. 93-114
- Solms, M. (2017b). What is "the unconscious", and where is it located in the brain? A neuropsychoanalytic perspective. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1406, 1: 90-97. DOI: 10.1111/nyas.13437.
- Solms, M. (2018a). The scientific standing of psychoanalysis. *British Journal of Psychiatry International*, 15, 1: 5-8. DOI: 10.1192/bji.2017.4 (trad. it.: Psicoanalisi e ricerca scientifica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2018, 52, 18, 1: 7-16. DOI: 10.3280/PU2018-001001).
- Solms, M. (2018b). The neurobiological underpinnings of psychoanalytic theory and therapy. *Frontiers of behavioural Neuroscience*, 12, 294. DOI: 10.3389/fnbeh.2018.00294 (www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6288296). Una versione simile: Solms, 2018a.

- Solms, M. (2018c). Extracts from the Revised Standard Edition of Freud's complete psychological works. *International Journal of Psychoanalysis*, 99, 1: 11-57. DOI: 10.1080/00207578.2017.1408306.
- Solms, M. (2020). New project for a scientific psychology: General scheme. *Neuropsychoanalysis*, 22, 1/2: 5-35. DOI: 10.1080/15294145.2020.1833361.
- Solms, M. (2021a). *The Hidden Spring: A Journey to the Source of Consciousness*. New York: Norton (trad. it.: *La fonte nascosta*. A cura di Andrea Clarici. Milano: Adelphi, 2023).
- Solms, M. (2021b). Revision of Freud's theory of the biological origin of the Oedipus complex. *Psychoanalytic Quarterly*, 90, 4: 555-581. DOI: 10.1080/00332828.2021.1984153.
- Solms, M., & Friston, K. (2018). How and why consciousness arises: Some considerations from physics and physiology. *Journal of Consciousness Studies*, 25, 5/6: 202-238 (https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10057681/1/Friston_Paper.pdf).
- Solms, M., & Panksepp, J. (2010). Why depression feels bad. In: Perry E., Collerton D., LeBeau F. & Ashton H., editors, *New Horizons in the Neuroscience of Consciousness*. Amsterdam: John Benjamins, 2010, pp. 169-179.
- Solms, M. (2022). Una revisione della teoria delle pulsioni. In: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2022, 56 (3): 363-422. DOI:10.3280/PU2022-003001.
- Stolorow, R. D. (1995). Sistemi dinamici, diadici ed intersoggettivi: un paradigma in evoluzione per la psicoanalisi. In: *Ricerca Psicoanalitica*, 1995, Anno VI, n. 2, pp. 123-133.
- Von Foerster, H. & Zopf, G. W. J. (Eds.) (1962). *Principles of Self-Organization: Transactions of the University of Illinois Symposium* (pp. 255-278). London: Pergamon Press.

**Il bambino
di suono.
La funzione
della
percezione
uditiva
nello sviluppo
in epoca
prenatale
e neonatale**

Le mie ricerche hanno messo in luce una importante continuità in taluni aspetti della vita pre e post-natale.

Ciascun feto ha delle caratteristiche individuali di sviluppo che proseguono nella vita post-natale. Ciascun feto osservato era diverso nella sua personalità tanto che li si percepiva già come bambini con temperamenti così differenziati da consentire delle previsioni sul loro futuro. (Alessandra Piontelli, MD)

La funzione uditiva nell'essere umano presenta due fasi di sviluppo complementari tra loro ed essenziali alla formazione delle componenti biologiche e psicologiche che caratterizzano la nostra specie. La prima è quella filogenetica che riguarda la presenza di un apparato fisiologico comune a tutta la razza umana formatosi nel corso della sua evoluzione. La seconda è quella ontogenetica, specifica a ogni singolo individuo, costituita dalle componenti genetiche ereditarie e dalle impressioni ricevute dall'ambiente in epoca pre e post-natale.

Dal punto di vista filogenetico, l'udito si è sviluppato prevalentemente come organo preposto all'orientamento e a percepire e rispondere a situazioni di pericolo. Sin dagli albori ha quindi evidenziato elementi emozionali in base alla sua peculiarità difensiva e alle conseguenti reazioni di combattimento o fuga. Per questa sua caratteristica di sistema d'allarme, l'udito - al contrario degli altri sensi - non può venire bloccato. Esso rimane attivo sempre, anche durante il sonno. In base a processi evolutivi primordiali, l'apparato uditivo si è andato organizzando a scopo di sopravvivenza, per rilevare fenomeni acustici (frequenze e volume) provenienti da sorgenti naturali.

L'apparato uditivo si collega sia all'intero sistema nervoso centrale sia a quello endocrino e, seppur in misura ridotta, si intreccia con l'apparato visivo. Il collegamento avviene per via diretta tra il meccanismo auricolare e la corteccia cerebrale e per via indiretta al sistema reticolare dell'ipotalamo, a sua volta connesso con il sistema limbico, il sistema nervoso periferico e quello endocrino. È utile ricordare, anche per quel che illustreremo più avanti, le numerose connessioni che dall'orecchio s'irradiano ad aree cerebrali addette alle basilari funzioni fisiologiche, emozionali e comportamentali del nostro corpo. Altre si connettono ad aree che esplicano compiti superiori riguardanti il senso di presenza, il pensiero, l'intelligenza e le abilità motorie.

Durante la gravidanza, la fase di sviluppo filogenetico si intreccia a quella ontogenetica, ovvero all'influenza che i geni ereditari e gli stimoli ambientali esercitano sullo sviluppo psicofisiologico dell'individuo. Si tratta di una fase evolutiva determinata dalle esperienze affettive-emotive più precoci indirizzate verso forme di comunicazione ed esperienze in cui il suono assumerà significati sempre più simbolici. L'udito non sarà più soltanto l'organo animale primitivo, indispensabile per orientarsi e percepire il pericolo. Avrà acquisito invece una sensibilità sensoria, affettiva ed emotiva unica in natura, perché formatasi attraverso stimoli affettivi. Sarà così diventato l'udito umano, in stretta correlazione con le aree del nostro cervello (sistema limbico) che controllano gli aspetti emotivi della nostra vita di relazione.

Nello sviluppo prenatale, a partire dagli stadi più precoci della gestazione, si registrano nel feto movimenti ritmici generalizzati e parziali, singhiozzi, moti di deglutizione e respiratori che diventano ben evidenti a partire dalla 12^a e 13^a settimana, periodo in cui la coclea giunge a completa formazione e al quale si può far risalire l'esordio della funzione uditiva. Questi movimenti sono espressione sia di un'attività di riflesso a una varietà di stimoli, sia di un'attività di origine automatica e appaiono funzionali all'apprendimento senso-motorio e allo sviluppo di molteplici competenze cerebrali.

La maturazione cerebrale interessa primariamente il tronco encefalico. Il tronco contiene i neuroni filogeneticamente più

antichi che controllano funzioni vegetative e senso-motorie essenziali alla sopravvivenza del feto e partecipano alla genesi della sinapsi di altre strutture cerebrali, oltre a sviluppare funzioni integrative che permettono l'organizzazione di cicli quiete-attività.

Nelle fasi più tardive della gestazione i movimenti del feto e la sua postura assumono aspetti più integrati e complessi e presentano una specificità tale da offrire indicazioni su quale sarà il futuro comportamento del neonato. Questi movimenti non saranno più soltanto riflessi o automatici e attribuibili all'encefalo ma ad altre aree differenziate del cervello.

La sensorialità del feto è parte basilare del suo regolare sviluppo. Dalla madre gestante giunge a esso tutta una varietà di stimoli ritmici di diversa natura provenienti dai suoi sistemi respiratorio, cardiocircolatorio e gastroenterico. Questi ritmi sonori si diffondono dal corpo materno attraverso la colonna vertebrale che agisce da cassa di risonanza. Lo stimolo più importante che però arriva al feto da parte della madre - e che troverà conferma definitiva nella comunicazione post-natale - è la sua voce con lo specifico tono, timbro, volume e musicalità. Essa costituisce l'elemento relazionale fondamentale di contenimento e veicola affetti ed emozioni funzionali alla preparazione di competenze comunicative in epoca neonatale.

L'orecchio umano ha una forma sorprendentemente simile a quella dell'embrione: quasi esistesse un filo sottile che unisce l'origine della vita al mondo dei suoni. Ma come si sviluppa l'udito nella vita prenatale? Nelle prime settimane non esiste ancora un apparato uditivo: il piccolo percepisce i suoni attraverso il corpo, sotto forma di vibrazioni (onde sonore). La percezione di uno stimolo tattile, così come quella di uno stimolo sonoro, "viaggia" attraverso le stesse vie nervose, che non sono ancora differenziate. La musicalità vocale produce quelle sintonie che sono preludio di future sintonie affettive e consente, attraverso le alternanze di silenzio e suono, di sviluppare nel feto una precoce tolleranza e fiducia verso le esperienze di separazione e mancanza che inevitabilmente incontrerà nella vita post e neonatale e che costituiscono esperienze fondanti la struttura psichica della personalità futura. Il suono della voce materna, inoltre, rappresenta una continu-

ità nella discontinuità, creata nel passaggio del feto dall'ambiente intrauterino all'ambiente esterno. Alla nascita, la voce della madre apparirà al bambino come il primo meraviglioso strumento esterno a sé, capace di produrre suoni e dare continuità all'esperienza ritmica precedente. La voce materna appresa in utero e memorizzata riesce a influenzare il tasso di suzione del neonato rispetto ad altre voci. Vediamo le tappe fondamentali di questo processo:

- 3^a settimana. Inizia a formarsi l'orecchio;
- 6^a settimana. La coclea, organo uditivo interno che trasforma le vibrazioni in impulsi nervosi, comincia a disporsi a spirale;
- 8^a settimana. La coclea si è formata e comincia a delinearsi l'orecchio medio;
- 11^a settimana. Si delineano membrana e timpano;
- 21^a settimana. La coclea comincia a collegarsi alla corteccia cerebrale. Si avvia il processo di riconoscimento e memorizzazione dei suoni;
- 24^a settimana. Il piccolo comincia a sentire attraverso l'orecchio. Si registra una prima attività cerebrale

Attraverso il liquido amniotico il piccolo recepisce il 40-45% del suono: soprattutto le basse frequenze, a 100 – 500 Hertz (unità di misura della frequenza di un suono, cioè l'altezza). Tra le sonorità che lo raggiungono emerge il battito del cuore della mamma, a circa 70 decibel (unità di misura dell'intensità di un suono, cioè il volume). Per avere un'idea, 70 decibel è il volume a cui noi percepiamo normalmente il rumore del traffico cittadino fuori dalla finestra.

Negli Anni Ottanta e Novanta mi capitò più volte di assistere alla performance di un gruppo di percussionisti giapponesi chiamato *Kodò*. L'ideogramma *Kodò* significa letteralmente "battito del cuore materno udito dal feto". Il termine è onomatopeico e se pronunciato ritmandolo riproduce il suono del battito cardiaco.

Winnicott in *Gioco e realtà* del 1971, con un'intuizione che anticipa la scoperta dei neuroni a specchio, parla del suono della voce della madre che il bambino sperimenta come specchio del suo stato emozionale interno. Altri elementi fondamentali dell'interazione senso-motoria materno fetale sono la

costanza e la ritmicità che caratterizzano le funzioni di contenimento del feto già a partire dalla 20^a-24^a settimana di gestazione. In questo periodo il feto risponde infatti a stimoli tattili, cinestesici, termici, dolorifici, uditivi, gustativi e forse anche luminosi. Più tardi la sensorialità fetale sarà la base di esperienze a contenuto sensoriale che parteciperanno all'organizzazione di funzioni corticali più complesse e daranno vita a proto-rappresentazioni relative alle esperienze senso-motorie vissute dal feto. Verso la 28^a settimana attraverso le aree somato-sensoriali, le informazioni raggiungono l'amigdala la cui funzione è di conferire a esse carattere emozionale. L'emozione sarà pertanto la prima esperienza che il feto può avere e memorizzare.

La grande quantità di sonno attivo nel feto (una modalità pre-Rem), a partire da questa fase, porta a pensare che avvengano significative trasformazioni a livello di sinapsi, riflesses in maturazioni psichiche sempre più evolute per mettere il futuro neonato in condizione di affrontare le sue relazioni primarie, ponendolo nella condizione più adatta per il suo incontro con la realtà extra uterina. Tradotto in termini clinici, quanto abbiamo fin qui detto fa supporre che situazioni strutturali di natura psicopatologica come le psicosi, i disturbi borderline di personalità, le depressioni a sfondo psicotico, e non solo, ma anche aree psicotiche non integrate e pressoché generalizzate negli esseri umani abbiano la loro origine nella traumaticità più precoce che colpisce lo sviluppo. Anche la spiccata propensione alle malattie psicosomatiche potrebbe ascrivarsi a una gestazione traumatica.

Chi guarda con scetticismo a tale aspetto non considera abbastanza la capacità del feto di memorizzare le sue prime esperienze. Traumi precoci prenatali e memorizzati possono essere riattivati da situazioni traumatiche successive, nello specifico quando le capacità di contenimento e di *rêverie* materna si dimostrano inadeguate o fallimentari, in particolare nel caso vi sia una madre depressa non in grado di veicolare il sentimento di essere pienamente vivo al neonato.

Il fenomeno dei "suoni fantasma" scaturisce dallo stesso processo conoscitivo e interpretativo dei segnali uditivi che sono alla base dell'evoluzione psico-relazionale dell'indivi-

duo. Tutte le informazioni provenienti dai nostri sensi che raggiungono la mente partecipano alla creazione di un archivio o "banca dati" legata alle emozioni. Le informazioni emotive vengono automaticamente richiamate e confrontate con tutte le nuove stimolazioni ed esperite dal soggetto attraverso la sua situazione psicologica. Tale fenomeno è particolarmente evidente per i suoni e le profonde interazioni che essi hanno con il sistema neurovegetativo. Pensate alle potenti e intense sensazioni emotive generate dalla musica. Anche in caso di stato patologico dell'apparato uditivo questi viene aggravato dalla situazione psicologica disturbata. L'udito è dunque sensibile alle emozioni e alle sensazioni emotive che provengono sia dall'esterno sia dal nostro interno.

Molteplici percezioni vengono generate e prodotte dalla nostra stessa rete neuronale filtrata dall'area limbica e richiamata dall'archivio della memoria (memoria implicita cioè archiviata senza rappresentazioni all'interno delle strutture nervose, non ricordabile se non in termini sensoriali). Nella zona limbica avviene un processo essenziale per la qualità della vita. Le informazioni vengono confrontate con l'archivio memorizzato e, in base a questa funzione di selezione, inviate o meno alle zone corticali preposte alla percezione e all'interpretazione. I dati considerati importanti sulla base delle memorie d'archivio ripuliti dal "rumore" vengono elaborati dalle aree cerebrali competenti. Questo meccanismo di filtro inconscio ci permette di distinguere tra percezioni utili, come non farci sentire i rumori di fondo durante una conversazione che ci appassiona e interessa, ma può altrettanto isolare e amplificare disturbi acustici specifici quando un segnale viene avvertito come un'invasione allo spazio vitale e psicologico, inducendo una reazione di difesa che altera e deforma la percezione della realtà. Due reazioni opposte che, ai limiti estremi della scala patologica, possono essere sia quella della patologia autistica, che annulla con l'isolamento completo gli stimoli provenienti dall'esterno, sia quella di natura schizoparanoidea, in cui la persecuzione avvertita provenire dall'esterno è una produzione interiore. Quest'ultima a gradienti diversi - per intensità, gradualità e gravità - è decisamente la più diffusa.

Naturalmente non cerchiamo di etichettare come patologiche tutte le reazioni al disturbo acustico che può essere oggettivamente misurato e che può produrre gravi menomazioni e deficit all'apparato uditivo. Tentiamo invece di descrivere la reazione soggettiva e di ordine psicologico al disturbo da rumore e quanto questa riesca a giungere fino al punto di fare allucinare la sorgente del rumore.

La reazione psicologica al disturbo è sempre soggettiva perché proporzionale alla condizione emotiva e legata allo stato di stress e tensione del soggetto e al suo coefficiente di ansietà. Questi fattori possono risalire a situazioni di difficoltà dovute a preoccupazioni e ansie di natura relazionale, professionale, scolastica e a traumi quali malattie, lutti e perdite (non solamente di affetti ma anche di oggetti, di lavoro, di casa). La sofferenza l'angoscia e la rabbia provocate dalla frustrazione, dal senso d'impotenza e dalla paura possono rendere intollerabili all'interno di sé pensieri, sensazioni ed emozioni, tanto da giungere a proiettarle fuori da sé per poi percepirle come sensazioni di disturbo e minacce persecutorie provenienti dall'esterno. In parole povere, la minaccia alla propria integrità psichica presente all'interno viene avvertita come aggressione, pericolo d'invasione del proprio spazio privato fisico (casa, auto, ufficio) e mentale. La persona anziché intervenire sul proprio personale problema cerca pretesti per accendere conflitti, nemici da combattere, persecutori da cui liberarsi, oppressori a cui ribellarsi. Nei casi più gravi di psicosi, la percezione della realtà è dominata da oggetti interni totalmente persecutori che appaiono come realtà concrete. I "fantasmi della mente" vengono creduti reali.

Ricerche sperimentali recenti hanno dimostrato come dopo la nascita la caratteristica intonazione della voce materna rivolta al proprio bambino, anche durante il sonno, sia capace d'influenzare l'attività neuronale della regione orbito frontale destra attraverso l'aumento di afflusso sanguigno. Si tratta dunque di una conferma determinante di quanto già era a conoscenza sulla memoria uditiva fetale e sulla competenza della percezione uditiva neonatale. Solo il cosiddetto *motherese* attiva il flusso in questa zona cerebrale, collegata allo sviluppo dell'intelligenza emotiva. Mentre sappiamo

che le madri depresse non sono capaci di usare il motherese e che i loro figli hanno un più alto rischio di depressione o altri problemi di sviluppo. Ciò che crea più meraviglia in chi ascolta una madre che parla al suo bambino di pochi mesi è come gli parla piuttosto che quello che dice. Il motherese è un linguaggio puerile con semplificazione della sintassi, brevità dell'articolazione vocale, caratterizzato da una intonazione esagerata con un tono più alto, molti e veloci cambiamenti del tono come nel glissando musicale, uso di suoni senza senso e altre modificazioni fonetiche e che si riscontra in tutte le lingue.

La predominanza nel periodo feto neonatale dell'emisfero destro è considerata una caratteristica neurofisiologica in grado di giustificare il comportamento e il tipo di "pensiero emotivo" e non razionale di quel periodo della vita; a questo sarebbe collegato anche il tipo di "memoria evocativa" del neonato (descritta da Piaget) completamente diversa dalla memoria che si sviluppa dopo i 2 anni (maturazione dell'amigdala) e strettamente collegata al pensiero astratto e al linguaggio. Una memoria da non ritenere, però, esclusiva della percezione uditiva, perché il feto e il neonato - non riuscendo a categorizzare e razionalizzare le sensazioni - probabilmente possiedono una percezione olistica dove suono, tatto, odore, gusto (e in minima parte visione) si fondono.

Dai risultati delle ricerche, possiamo immaginare che un neonato che sente la voce materna, riconoscendola, ritorni alle percezioni uterine e che l'intonazione della voce materna sia come una forma di contenimento, un tenerlo in braccio con la musicalità delle parole e cullarlo con il ritmo dei suoni bassi e alti, le pause, la lentezza di un dialogo. Il motherese, come sintetizza Stern, "è un monologo che costruisce un forte legame affettivo e nella sua lentezza dà al bambino la possibilità di elaborarlo e farlo proprio".

Siamo oramai giunti alla conclusione di questo racconto e come psicoterapeuti e psicoanalisti vi starete domandando quali possano essere le aperture terapeutiche offerte da quanto abbiamo fin qui detto. Se avessi ancora tempo a disposizione, indirizzerei il discorso clinico verso l'indispensabile lavoro sulla memoria implicita indicato da Mauro Mancina, a cui il

mio intervento è con gratitudine dedicato. Un'avventura del pensiero e della pratica clinica che mi auguro di poter raccontare in una futura occasione.

Il testo che segue è la trascrizione dell'intervento che Franco Merlini ha effettuato durante la nona edizione di *Sentieri dell'Anima*, seminario di psicoanalisi e filosofia organizzato da *Il Ruolo Terapeutico* di Trento nel settembre dello scorso anno.

Setting come limite e limite del setting

Dare un posto alla follia è sicuramente uno dei cardini di ogni civiltà e tuttavia una definizione dei suoi confini evidenzia il paradosso su cui si fonda la storia di ogni civiltà. (Carlo Viganò)

L'essere umano non sarebbe tale se non avesse la follia come suo limite. (Jacques Lacan)

Togli l'amore dal cuore, e l'odio si radica in esso. (Agostino, lettera VII)

Quando gli amici del Ruolo di Trento mi hanno chiesto se volessi venire a parlare del *limite in psicoanalisi e nelle relazioni d'aiuto*, ho accettato subito molto volentieri. Oltre che riprovare come tutti gli anni il piacere di incontrarci fra di noi in questa atmosfera e in questa ben consolidata location (l'albergo Nele, la sauna, il ristorante Miola a Predazzo...), l'occasione allettava il mio narcisismo, sempre richiedente.

Poi, a mente più lucida e davanti al computer, una specie di shock da schermo bianco: da dove iniziare a parlare del limite? Qual era il limite da cui partire? Mi era chiara l'esperienza del limite - quante volte avevo provato (come tutti) questa evasiva sensazione - ma da che parte prenderlo? Il limite indubbiamente lo incontriamo continuamente nel nostro lavoro, la sua percezione tanto ci frustra tanto ci rassicura; il limite funge da barriera, è il nostro spazio psicologico, lo sappiamo già.

Mi venivano in mente cose del tipo: il limite della cura, il limite della teoria, il limite dell'indicazione al trattamento, il limite del terapeuta, ma anche la castrazione, il lutto, la pulsione di morte, il narcisismo e l'ideale dell'Io!

Una mia ricerca nella letteratura psicoanalitica sul concetto di limite non aveva dato frutti: questi veniva associato sostan-

zialmente alla caducità della vita, Freud, l'idea della morte e il tentativo della psicoanalisi di rappresentarla.

Insomma, ero di fronte a un compito senza limiti... Mi sentivo in una specie di paradosso, come il povero Achille che non raggiunge mai la tartaruga o la storia di quel millepiedi a cui era stato chiesto "con quale piede partisse"... che da allora non era più riuscito a muoversi. Me l'aveva raccontata un mio paziente ossessivo per descrivere lo stato di prostrazione in cui era caduto quando, andando a yoga, gli avevano insegnato a "pensare a come respirava"; da allora faceva fatica a respirare spontaneamente. È risaputo del resto che il problema degli ossessivi è proprio l'accettazione del limite e la non accettazione di questo, come atto soggettivo, può portare a un "blocco" e quindi a un sintomo. Ma anche come persone, chi non ha mai sperimentato che può essere proprio il disperato tentativo di opporsi a un limite a farci soffrire?

Mi viene in mente quella massima che dice: "Quando non trovi una soluzione per un problema, probabilmente non è un problema da risolvere ma piuttosto una verità da accettare". Una volta il mio analista mi disse: "Il nevrotico sa che 2+3 fa 5... ma gli secca!".

Avrei dovuto quindi individuare (come si suole dire) il mio "punto di enunciazione" da cui impostare un discorso e avrei dovuto rinunciare anche a qualche cosa. Una delle cose più chiare che la vita e la professione mi hanno insegnato è che "si guadagna sempre in perdita". Insomma, giungevo così al "fatto scelto" (nel senso di Bion): "Utilizzerò il setting per parlar del limite!". Almeno per come lo concepisco io.

Più seriamente, il tema del limite, onorando il titolo del seminario, penso che emergerà "per sottrazione" o "come resto" perché è così che si presenta, mi pare, nella vita e nel lavoro. Non lo si cerca lo si trova. Mi aiuterò con un paio di incursioni nella teoria e con un paio di vignette cliniche. Mi piace cioè pensare che qualche cosa di buono possa "apparire da sé", come risultato della nostra interazione e non perché lo dica io o lo diciate voi.

Il setting mi pare un'area concettualmente rassicurante e, almeno a grandi linee, abbastanza definibile. In ogni caso in

psicoanalisi è davvero sempre tutto molto complesso, anche per questo forse Erba diceva: “In psicoanalisi, come con il male, non si butta via mai niente”. Ad esempio, il setting tira in ballo, come suo attributo, il ruolo dell’operatore e la sua soggettività nell’interpretarlo, ovvero la sua personalizzazione nell’assumere come elementi reali parti del proprio Sé.

ENZO CODIGNOLA

Qui mi avvalgo della poco studiata teorizzazione di Enzo Codignola, esposta nel suo difficile libro *Il Vero e il Falso*. Un’opera scomoda per l’originalissima costruzione argomentativa perché svela, in un certo senso, un punto fragile della teoria psicoanalitica proprio nel suo punto di maggior forza: l’interpretazione. O meglio, come preferiamo dire al Ruolo, l’attività interpretante dell’analista.

L’autore cerca di dar conto del processo interpretativo non a partire da ipotesi metapsicologiche (interpretazione di transfert, interpretazione di contenuto, interpretazione mutativa, ecc.), bensì facendo emergere la struttura logica dell’interpretazione come metodo e a partire da ciò che accade effettivamente in seduta. Lo dimostra col noto enunciato: “Il setting va inteso come l’insieme delle condizioni reali in cui l’analisi si sviluppa!”. Questo è già un limite, molto forte. Un’altra affermazione di Codignola è infatti: “Il reale entra solo dalla parte del setting”, come dire che tutto il resto è *fantasma*. Il punto però mi sembra chiaro: senza una cornice reale non si fa un bel niente e anzi, come mostrerò con una vignetta clinica, si possono fare anche dei guai.

C’è dunque un reale, strutturale, che riguarda unicamente l’analista e che va assunto come sfondo al processo terapeutico. Perché? Ci dice Codignola:

Attraverso il setting ci si propone di lasciare al paziente la massima libertà per favorire i suoi giochi associativi; dall’altro, lo si confina in un ambito rigidamente prestabilito (assunto come vero e non interpretabile dal paziente) e si interpreta ogni variazione che egli tenti di introdurre.

È soprattutto questa seconda parte della frase che è interessante: “lo si confina in un ambito [...]”. Questo confinamento

è essenziale per costruire l'interpretazione proprio perché il setting e, quindi, il ruolo si costituiscono come l'unico quadro di riferimento rispetto all'attività interpretante dell'analista. Sono infatti i tentativi del paziente di oltrepassare il limite imposto dal setting e/o di spostare il terapeuta dal suo ruolo o addirittura di farglielo perdere che sono di particolare interesse per la terapia. Proprio perché questi tentativi uscendo dalla cornice entrano nell'ambito interpretativo. Tant'è che Codignola arriva a dire:

Se l'analista vede fallire i suoi sforzi di interpretare l'agire del paziente rispetto agli elementi del setting [e al ruolo] non gli resta altra strada che interrompere l'analisi, proprio perché l'attività cognitiva che caratterizza l'analisi stessa non è più possibile.

Il setting da questo punto di vista è il bastione di tutta l'operazione analitica e, se cade, il castello crolla!

ESTENSIONE DEL CONCETTO DI SETTING E DI RUOLO

Per lungo tempo nelle terapie con gli psicotici, o comunque con i pazienti gravi, si è preferito non parlare di analisi, non solo e non tanto perché negli stati psicotici l'interpretazione si è sempre ritenuta diversa da quella data nelle nevrosi, ma soprattutto perché era diverso il setting e quindi non era psicoanalisi. Però afferma ironicamente Codignola (e io lo condivido): "Come se l'analisi fosse riconoscibile in base al fatto che il paziente sta sul lettino o riesce a fare libere associazioni".

Certamente, più realtà e più soggetti entrano nel setting (scelte e decisioni sul paziente, ricoveri, psicofarmaci, interventi sociali, colloqui con i familiari, altri Servizi, Tribunale, ecc.) e più diventa difficile mantenere un setting e un ruolo sufficientemente "distanziato"; come si suole dire "astinente, neutrale e anonimo". E, come ben sa chi opera nelle Comunità, la conquista di un setting e il riconoscimento del paziente del proprio ruolo è già l'obiettivo di una terapia e l'unico strumento, nel frattempo, con cui operare è spesso solo il proprio setting interno. Allora il setting dovrebbe essere un po' per tutti come il silenzio nella sala da concerto, se c'è troppo rumore non si riesce ad ascoltare l'orchestra; o come il buio al

cinema, che è la condizione necessaria per poter vedere le immagini proiettate sul telo.

In una scena del film *Le Comiche 2*, Renato Pozzetto e Paolo Villaggio, inseguiti da un treno, escono dallo schermo e scendono in mezzo al pubblico; tutti urlano e scappano verso l'uscita. Si accende la luce in sala e il film letteralmente si svolge in platea e non più sullo schermo: nel gran "fuggi-fuggi", piomba in mezzo alla sala anche il treno. L'aspetto divertente o grottesco è il capovolgimento di un certo ordine: chi doveva rimanere al proprio posto non lo ha fatto; i ruoli si sono confusi; la finzione filmica è diventata realtà. Si è sovvertita la logica della relazione figura-sfondo. Quando ciò si verifica in terapia, come nel film, il trambusto e la confusione regnano sovrane: peccato che non sia affatto divertente!

Normalmente anche nella vita di tutti i giorni ci muoviamo all'interno di setting e normalmente il nostro agire è caratterizzato dai numerosi ruoli che occupiamo. La fatica per cercare di rimanere dentro queste cornici e soprattutto di ricoprire certi ruoli mi pare sia la costante di tante nostre attività umane. Pensiamo ad esempio alla fatica di restare dei buoni genitori senza sconfinare in ruoli diversi o entrare in aree non di nostra pertinenza.

A maggior ragione, la consapevolezza di sé e la conoscenza del metodo dovrebbero mettere il terapeuta nelle condizioni migliori per gestire l'aspetto più importante della relazione con l'altro, il transfert. E qui per "gestione" del transfert, utilizzando una concezione cara a noi de *Il Ruolo Terapeutico*, intendo la capacità di *restare nell'oggettività del ruolo, attraverso la soggettività della funzione*. E naturalmente di insegnare al nostro paziente a fare altrettanto. In un carteggio Sergio Erba sosteneva:

[la capacità di conciliare ruolo e funzione] è il compito più importante e impegnativo di qualsiasi essere umano, perché da questa capacità di conciliazione dipende ciò che chiamiamo ben-essere, e che riassume in un unico termine la realizzazione ottimale di tutte le nostre aspirazioni.

Ma se il ruolo - quale attributo del setting, come stiamo dicendo - non è soltanto l'indossare i panni dell'analista ma è

l'esserlo veramente, il ruolo poi come ce lo giochiamo? Quanto i bisogni del paziente lo influenzano? In che rapporto è con la *persona reale* dell'analista? Non basta dire: "Il setting siamo noi". È doveroso che ogni terapeuta cerchi di rispondere a queste domande, perché è proprio su questo snodo che il terapeuta imposterà il suo setting e potrà svolgere la sua funzione.

Cambia tutto se io come analista decido che il mio ruolo prevede che con quel paziente mi dovrò assumere, poniamo caso, una funziona paterna o se è il paziente che me l'attribuisce cercando di spostarmi dal mio ruolo. Nel primo caso, se mi farà delle richieste filiali, non avrò nulla da interpretare, anzi il suo transfert lo sfrutterò a vantaggio della nostra relazione; nel secondo caso invece sarà mia cura non corrispondere a questi bisogni transferali e anzi tentare di interpretarli.

CASO IRENE

Irene è una ragazza di circa vent'anni che viene portata al CPS dalla madre dopo che l'ha scoperta fare provviste alimentari nel proprio armadio, sotto il letto e in ogni dove. In effetti Irene, seppur di bei lineamenti, è sicuramente obesa. Non senza una certa diffidenza, mi racconta la sua tragica storia: in realtà la sua compulsione al cibo dura da quando aveva dodici anni; diete, restrizioni e buoni propositi fino a ora non sono serviti a nulla; chi le sta vicino, la mamma e una certa zia, non si sono mai accorte in passato che Irene mangiava e vomitava. Dicevano: "Irene assimila anche l'aria".

Irene non è mai stata riconosciuta dal padre, che a sua volta aveva già moglie e altre due figlie. Le era sempre stato detto che il padre era morto; e questo lei aveva creduto fino al giorno in cui quest'uomo si era presentato a scuola rivendicando, di nascosto dalla madre, la sua paternità. Madre e figlia, in seguito a quest'episodio, lasceranno Napoli per Milano, dove Irene sempre più frastornata e confusa non riuscirà a fare amicizie, diventerà depressa, abbandonerà gli studi e, come rimedio, troverà un'occupazione... da McDonald's.

Irene piange, dice di essere sfinita, di non farcela più, più mangia e più si "svuota", si sente apatica, ha paura. Stante ciò non desiderava affatto venire da uno psicologo (dice), la sua

vita la conosce benissimo ed è perfettamente consapevole di ciò che ha passato. Le chiedo se è venuta quindi solo perché obbligata e Irene mi dice di no, che ha bisogno comunque di un aiuto, vuole una “guida alimentare” che le dica cosa mangiare, cosa non mangiare, quali alimenti scegliere, quali evitare, così.

La sua domanda d’aiuto, così come il suo sintomo, li avverto così pregnanti di senso (quale metafora migliore della vita se non quella del cosa mangiare e non mangiare?) che mi convincono a provare, a rischiare, ad accettare, come in effetti le dirò: “D’accordo Irene, sarò la sua guida alimentare se lo desidera”. È evidente che Irene “non vuol sapere” che io non sarò la sua “guida alimentare”. Mi assumo io la responsabilità di questo “finto equivoco”, non lo voglio smascherare. Accetto di assumermi questa funzione-finzione, seppur dentro al mio ruolo di terapeuta; e non mi sento di chiedere di più!

Penso che soprattutto all’inizio il terapeuta venga considerato come un depositario e un oggetto sano identificatorio piuttosto che già un oggetto transferale.

Per adesso Irene sta venendo.

Il setting, come stiamo vedendo, non si riferisce soltanto all’accordo che permette materialmente a paziente e ad analista di incontrarsi; così, il ruolo non si limita alla semplice messa in atto di determinate regole tecniche o di comportamento. Oggi troveremmo risibile la prescrizione di Meltzer, di seguire “uno stile di vita semplice, indossare abbigliamento uniforme, togliersi la fede al dito, non apparire in pubblico”, ecc.! Il ruolo è ben altro, e non è certo mummificandosi che lo si può compiutamente assumere. Infatti, fanno parte del ruolo le idiosincrasie del terapeuta, le sue insofferenze e le sue fragilità, così come naturalmente i suoi punti di forza, ottimismo, adultità, autorità, competenza e responsabilità; e più *Ruolo e Persona* coincidono, più stiamo bene e ci piace lavorare.

Michael Balint si esprime così: “Ogni relazione umana è libidica; lo è anche la relazione del paziente con il suo analista; come lo è quella dell’analista con il suo paziente”.

Il problema, quindi, non sta nella contrapposizione tra una benevola neutralità o l’abbracciare il paziente ma nella quali-

tà e nel tipo di soddisfacimento che occorre sia al paziente sia all'analista per mantenere nella situazione analitica la tensione a un livello prossimo a quello ottimale. Ne consegue che il ruolo, quale elemento del setting, non riconducibile a nessun'altra significazione, non viene "risolto" transferalmente alla fine dell'analisi. La funzione, invece, decade ovviamente con essa. Dice in proposito Codignola: "In quanto elemento del setting, il ruolo di pedagogo e quello di legislatore non sono risolti, alla fine dell'analisi, dall'analisi stessa".

Mi capita spesso di dire: "Il paziente lo si deve prendere là dov'è", che è un po' come diceva Carlo Zapparoli: "In psicoterapia non si possono fare che abiti su misura".

Sull'estensione del concetto di setting e di ruolo, rispetto alla cosiddetta "tecnica standard" (semmai fosse davvero esistita; vedi Cremerius, Galli, Fachinelli, Muraro, Ferlini, Erba... solo per restare in casa nostra), uno per tutti, mi piace ricordare Kurt Eissler come colui che, a partire dalla clinica, tentò per l'appunto di teorizzare lo stretto rapporto esistente fra setting, ruolo e attività interpretante.

Eissler si era reso conto che il modello della tecnica standard - fondata sull'interpretazione di transfert, con sedute plurisettimanali, lettino, ecc. - finiva per non essere praticabile con certi pazienti, e che occorresse includere, almeno all'inizio del trattamento, determinati "parametri". Siamo attorno agli Anni Cinquanta del secolo scorso ed è logico che l'autore concepisse questi parametri come delle "impurità" che, seppur necessarie e temporanee, differenziavano questa terapia dalla vera analisi. Purtroppo, ed è questa a mio parere la cosa importante, ne concepiva l'uso come facenti parte delle condizioni reali e indispensabili allo sviluppo del processo analitico.

Codignola osserva: "Cosa fa l'analista quando stabilisce il contratto, se non introdurre una nutrita serie di parametri?".

Eissler riteneva che poi questi parametri potessero essere "ritirati" quando non più necessari, cioè man mano che il rapporto si evolveva e l'Io del paziente si rinforzava. Una funzione più supportiva, necessaria all'inizio del trattamento, ad esempio, poteva poi evolvere in una funzione più espressiva in seguito, e con setting diversi. A me personalmente capita

abbastanza spesso di iniziare con una frequenza bassa e in *vis-a-vis* e poi passare a più sedute settimanali e sul lettino.

Caso G.

La paziente G. mi venne inviata da un collega con la richiesta, se possibile, di tenermi al minimo della mia tariffa e di non proporle più sedute settimanali perché indigente. Al primo colloquio la paziente mi disse invece, con grande risolutezza, di “non farle sconti”; iniziammo comunque a vederci quindicinalmente e in *vis-a-vis*. Dopo qualche mese, passammo a una seduta settimanale e all’incirca dopo un anno di lavoro fece il seguente sogno: “Avevo terminato la mia seduta ma anziché uscire in strada mi ritrovavo nel cortile del suo studio e sbirciando dalla sua finestra vedevo la paziente che viene di solito dopo di me distesa sul lettino”. Da lì a poco saremmo passati a due sedute settimanali sul lettino!

È da un po’ di tempo che sto cercando di formulare il concetto di “minor quantità possibile di terapia”, o se volete “QB”, quanto basta, come dicono i cuochi. Questa mia riflessione nasce in ambito istituzionale di fronte a pazienti scarsamente motivati, inviati per risolvere la loro sintomatologia o per problemi sociali e affatto desiderosi di intraprendere una terapia analiticamente orientata. Anche se, soprattutto in questi ultimi anni, considerazioni simili si potrebbero fare anche per i pazienti privati.

Cosa sto cercando di mettere a fuoco senza ricorrere alla semplice diagnosi “modello Kernberg”, dove in buona sostanza a partire dalla gravità del paziente (nevrotico, borderline, psicotico) si indicano finalità, setting e tecniche diverse? Tipo: da tre a cinque sedute settimanali se si tratta di psicoanalisi, da due a quattro se si tratta di psicoterapia psicoanalitica, da una seduta settimanale a due al mese se si tratta di psicoterapia di sostegno; e naturalmente l’uso del lettino nel primo caso, il *vis-a-vis* nelle altre situazioni (per un approfondimento rimando al capitolo del mio libro *Formarsi in Psicoterapia*: “Dimmi quante sedute fai e ti dirò chi sei!”). Queste oggettivizzazioni sembrano giustificare quell’aforisma di Karl Kraus che dice: “La psicoanalisi è quella malattia mentale di cui crede di essere la terapia”.

Voglio precisare che io non sono contrario alla diagnosi, anzi penso non sia possibile non farla, solo che non me ne servo. Io cerco di fare una diagnosi non al paziente ma a me stesso in rapporto a lui, cioè a partire dal mio controtransfert, sperando ovviamente che non sia il mio transfert. Faccio dunque una “diagnosi relazionale” che mi possa dire: “Come ci starò con questo paziente? Posso aiutarlo meglio se lo metto sul lettino o se lo tengo in *vis-a-vis*? Quante volte mi servirà vederlo? In definitiva, qual è il minimo equipaggiamento necessario per fare questo viaggio con lui?”.

Faccio la mia proposta, se il paziente mi dice ad esempio: “No! Due volte alla settimana non ce la faccio o sul lettino per ora no”, probabilmente riduco e accetto che venga in *vis-a-vis*. Ma se mi dice “Una volta al mese e mai sul lettino” e io *eticamente* valuto che non sono in grado di aiutarlo a questa condizione (magari qualcun altro sì) non lo prendo. Cioè posso arretrare con le mie richieste di setting, in questo senso la “minor quantità possibile di terapia”, ma fino al limite della trattabilità, sempre secondo me. Direi che questo ha a che fare con il limite del terapeuta e con il limite del paziente.

La questione, a mio parere, è dunque quale posizione assumo nei confronti del mio “desiderio”. Più tecnicamente si potrebbe dire che il limite deriva dalla valutazione di quanto sono disposto a farmi oggetto del desiderio dell’altro.

Dopo Eissler e Codignola, Giambattista Muraro ha ripreso la questione del limite mettendo sul tappeto l’enigma: “Cos’è analitico in analisi?” e “Chi pone i limiti di ciò che è analitico e di ciò che non lo è?”. È un altro modo per chiedersi cosa è “vero” e cosa è “falso”, cioè cosa c’è da falsificare (attività interpretante) e cosa no.

L’autore di *Sorpresa ed Enigma* propone il seguente esempio. Supponiamo che una certa paziente, una sera, chieda al proprio analista se il suo fidanzato può aspettare in sala d’attesa. In mancanza di ragioni obiettive per dire di no (e per ragioni di cortesia mi diceva Muraro), l’analista acconsente. Ma subito dopo, in seduta, chiede alla paziente se per caso non desidera fare entrare il fidanzato anche in studio e farlo partecipare alla seduta. È chiaramente un esempio estremo (anche se

reale). Purtroppo, chi porrebbe i limiti di ciò che è analitico in questo caso? Il paziente, evidentemente, perché è costretto dalla domanda dell'analista a esporsi. E ciò perché l'analista si manifesta senza però scegliere al posto del paziente!

All'antinomia vero-falso di Codignola, Muraro contrappone quindi l'antinomia analitico-non analitico, e la cura perseguirebbe proprio lo scopo di permettere/obbligare il paziente a scegliere "cosa c'è da curare". O come diceva Muraro: "Se autonominarsi sano o ammalato".

Evidentemente Muraro non poneva dei limiti, il limite era dato dal suo setting e dal suo ruolo. Mi ricordo di un episodio che mi ha raccontato una collega che aveva fatto un'analisi con Muraro. Dopo un certo numero di anni di analisi lei aveva "osato": "Dottor Muraro avrei pensato... ehm... di finire l'analisi"; lui non disse assolutamente nulla e lei dopo un po' passò ad altro [il suo silenzio obbligò la collega a scegliere]. Passarono dei mesi senza che né lei né lui ne riparlassero; ci riprovò ovviamente lei dopo quasi un anno e lui questa volta disse: "Ho capito!". Ma non aggiunse altro.

OPERATORE DELLE RELAZIONI D'AIUTO VERSUS PSICOANALISTA

In un vecchio numero del Bollettino *Punto e a Capo*, edito da *Il Ruolo Terapeutico*, Sergio Erba proponeva tre postulati:

1. tutte le relazioni psicoanalitiche sono anche relazioni psicoterapeutiche
2. non tutte le relazioni psicoterapeutiche sono anche relazioni psicoanalitiche
3. tutte le relazioni d'aiuto sono anche relazioni terapeutiche

Mi sembra di non avere dubbi sui postulati 1 e 2, mentre ho delle perplessità circa il postulato n. 3; lo testimonierò dopo con un esempio clinico.

I primi due postulati sono facilmente dimostrabili. Se assumiamo che al mutare del setting e del ruolo muta necessariamente la fisionomia dell'interpretazione, e questa diventa caratterizzante di un tipo di percorso piuttosto che di un altro (psicoanalisi, psicoterapia, sostegno, ecc.), la differenza - se vogliamo, il limite - è determinato da *chi è il curante* piuttosto che da *ciò che fa il curante* (non basta mettere sul lettino un pa-

ziente per fare un'analisi, così come non perché do un consiglio faccio sostegno).

Adesso forse può apparire anche più chiaro il mio abstract quando sostengo che "la distinzione tra psicoanalisi e psicoterapia evapora. La psicoanalisi, nella sua accezione di pratica clinica, diventa una situazione al limite a cui ci si avvicina e da cui ci si allontana continuamente. In realtà non si può fare che 'psicoterapia' cioè qualcosa in cui comunque sono presenti, anche e sempre, le componenti di sostegno e suggestione". Personalmente, in una stessa seduta - sia che il paziente sieda di fronte a me sia che sia sdraiato sul lettino, che lo veda tre volte alla settimana piuttosto che una - credo di poter dire che faccio analisi, psicoterapia, supporto, chiacchiere terapeutiche, ma restando comunque un analista e consentendo comunque che il paziente faccia la sua analisi, ovviamente al meglio delle sue possibilità. E questo principio è ciò che mi consente anche di mettere su uno stesso continuum l'attività dello psicoanalista e l'attività dell'operatore delle relazioni d'aiuto (se opportunamente formato) che spesso, ma senza saperlo, fa un ottimo lavoro analitico col paziente, anche se passa otto ore al giorno con lui "facendo cose".

Vi propongo cosa dice Irwin Hoffman nel suo bellissimo libro *Rituale e Spontaneità in Psicoanalisi*, a proposito di ciò che lui chiama "elementi sostanziali" comuni alla pratica terapeutica analitica: "Elementi sostanziali sono, io credo, un luogo e un tempo circoscritto; l'asimmetria della relazione; l'interesse primario a indagare l'esperienza, cosciente e inconscia, passata e presente del paziente; l'impegno dell'analista a riflettere criticamente sulla propria partecipazione alla terapia; un senso globale della relazione come mezzo per favorire lo sviluppo del paziente". Hoffman raccomanda anche che: "Ogni interazione in questo contesto debba essere percepita sempre dall'analista come interazione psicoanalitica, senza eccezioni". E per finire: "Che l'analista parli del tempo o dell'infanzia del paziente, non deve andare mai perduto *lo stampo* della situazione analitica per entrambi".

È davvero tutto spostato sulla persona dell'operatore, sul suo modo di occupare la sua posizione e di lavorare nel suo setting! Se penso a certi contesti fortemente istituzionalizza-

ti (Comunità terapeutiche, Centri diurni, SPDC), ma anche a certi setting improvvisati nei Servizi territoriali, dove gli specializzandi psicologi devono vedere i loro pazienti, è ovvio che il *metodo analitico* (“lo stampo”) venga messo a dura prova e venga messa a dura prova anche l’identità terapeutica dell’operatore. Di nuovo, la differenza la fa il *desiderio* e la *formazione* dell’operatore (per un approfondimento rimando al capitolo del mio libro *Formarsi in Psicoterapia: “Il desiderio di curare e di essere curati nell’Istituzione”*).

Pensando a Servizi Pubblici, qui forse si tocca con mano il senso del limite: il limite delle teorie, il limite delle tecniche, il limite dell’efficacia delle cure, il limite nostro di persone. Mi piace a questo proposito ricordare il punto di vista di Pier Francesco Galli quando dice che: “A lavorare in psichiatria si impara dalla vita: la cultura organizzata, libri, lezioni, corsi di aggiornamento, analisi e supervisioni varie, costituiscono la cornice nella quale inquadrare la *quantità di persona* che nel nostro percorso esistenziale portiamo dentro al mestiere”. Le teorie e le tecniche certamente aiutano a costruire una cornice entro la quale orientarsi ma ovviamente non risparmiano dall’investimento emotivo e dal dover dare una risposta personale al paziente, soprattutto quando lavori in setting “non organizzati” e sei preso “alla sprovvista” dal paziente.

Io sono fermamente convinto – e l’esperienza di quarant’anni passati in psichiatria mi supporta – che, anche con questi pazienti e in questi contesti, il cosiddetto operatore delle relazioni d’aiuto (che quasi mai è per ruolo e per contratto uno psicoterapeuta) può/deve svolgere la sua attività interpretante. Il presupposto freudiano di astinenza, neutralità e anonimato è certamente messo in grande difficoltà ma non è completamente perduto se si sa stare nel proprio ruolo e dentro al proprio setting. Come ci insegnano Ugo Corino e Marcel Sassolas, il fine dell’operatore: “Dovrebbe essere quello di fare emergere le forze residuali dell’Io del paziente che, se non attivate, rischiano di rimanere silenti”, rischiando inoltre - questo lo aggiungo io - di far scivolare il rapporto di cura in una deriva infantilizzante o tutt’al più in un custodialismo di buona qualità.

È inevitabile che lavorando in questi contesti si verifichi una

certa contaminazione psichica ed è per questo che sarebbe necessario dotarsi di una costante supervisione esterna, poter contare su un'équipe curante, valorizzare al massimo grado il proprio setting interno e cercare di farsi una buona "armatura" personale. Di nuovo Pier Francesco Galli, rivolgendosi ai giovani colleghi, ricordava che "i pazienti gravi ci sanno leggere dentro molto bene e ci fanno passare la voglia di vivere [solo] dell'identità di ruolo che ci dà l'istituzione". Come ben si sa, schermarsi dietro una cortina difensiva di "non posso dirti questa cosa per la privacy... Siamo qui per te e non per me... Questa cosa non ti riguarda... Il regolamento dice...", piuttosto che - altrettanto difensivamente - corrispondere in maniera automatica a qualsivoglia domanda per togliersi velocemente dall'impiccio, non ci risparmia dall'aggressività del paziente.

Ne consegue che occorre mantenere uno *sguardo binoculare*: un occhio rivolto all'accadimento e l'altro rivolto alla relazione. *Mission impossible*, o si fa l'uno o si fa l'altro, anche i fisici delle particelle ce lo dicono: "O si misura o si osserva". Poi almeno l'operatore venisse pagato adeguatamente! Più elegantemente Corino e Sassolas ricordano: "L'azione terapeutica dell'operatore di Comunità si realizza anche assumendo una funzione egoica, di Io ausiliario, in grado di ospitare nella propria mente le parti del sé del paziente [...] quindi non un ricorso alla confrontazione o all'interpretazione nel senso classico, ma soprattutto un tentativo di dar voce alle dimensioni della sua vita psichica attraverso l'Io dell'operatore [...] una sorta di gioco sottile a cui a poco a poco il paziente possa, incuriosendosi, avvicinarsi".

DISTINGUERE SENZA DISGIUNGERE

Accennavo prima al mio disaccordo col postulato n. 3 che afferma che tutte le relazioni d'aiuto sono anche relazioni terapeutiche. Lo premetto, il termine disaccordo è financo eccessivo e probabilmente la vera questione che può sollevare dei problemi è il senso che si vuol dare alla parola terapia. Questione che lascio sullo sfondo perché servirebbe un intero seminario per poter dire qualcosa di utile.

Il fatto è che tutte le relazioni d'aiuto che si instaurano fra le

persone si fondano su processi psicologici e relazionali. Cosicché tutte le relazioni d'aiuto fanno parte della condizione umana e costituiscono un patrimonio spirituale, religioso, filosofico, poetico accessibile e fruibile a tutti.

Quindi il punto qual è? Se in una certa misura le relazioni d'aiuto sono facilmente identificabili nella quotidianità della vita, ben più difficile è mettere in luce la caratteristica squisitamente professionale di queste. Di nuovo è un problema di limite, dove inizia l'una e dove finisce l'altra.

Il nostro lavoro è complesso e particolarissimo ma, nello stesso tempo, sul piano fattuale, visto con occhi non preparati a vedere, può sembrare molto simile a ciò che normalmente accade fra due persone quando una sta male e l'altra la vuole aiutare. Non devo certo dire a voi quanto è difficile, e non solo con i pazienti ma molto spesso con i nostri direttori e con i nostri amministratori, far capire loro che quello che facciamo è lavoro, che si fonda sì su qualità umane ma non meno che su competenze iperspecialistiche; e non è affatto vero che "siamo tutti un po' psicologi".

Talvolta poi ci facciamo male anche da soli. A parer mio, per parlare o descrivere il nostro lavoro insistiamo troppo, e con troppa disinvoltura, sull'uso di termini come *amore, spontaneità, relazione, comprensione, vicinanza*, ecc. Termini che se da un lato ci hanno permesso di evolvere e tirarci fuori dalle secche di un'idea di terapia monologica, unidirezionale e direttiva, dall'altro, non ci hanno permesso di difendere la nostra disciplina da indebite generalizzazioni, confusività e leggerezze. E se da un lato siamo tutti convinti che il nucleo dell'azione terapeutica è la relazione, la necessità di prendere in considerazione anche quei fattori a-terapeutici che la possono compromettere non penso sia sbagliata.

MARINA, L'INFERMIERA

Marina è un'infermiera del CPS; è da qualche mese appena che è in servizio, anzi è ancora "in prova". Non ha scelto con grande entusiasmo di venire in Psichiatria ma, come dire, questo c'era. Comunque, non è certo la voglia di lavorare che le manca, è molto attiva, carina, disponibile; si dà un gran da fare per cercare di applicare (ahimè inutilmente) quello che le

hanno insegnato alla scuola infermieri e nei reparti di medicina dove ha fatto il suo praticantato. È molto giovane, si è da poco trasferita da Lecce a Milano col suo fidanzato e ad agosto di quest'anno si è sposata.

Un giorno, trovandosi nel mio studio, scorge sulla mia scrivania il libro di Pontalis, *Tra il Sogno e il Dolore*. Dopo averlo afferrato e sfogliato distrattamente, mi dice: "Sa che ogni tanto faccio dei sogni premonitori?". "Beh, capita!", un po' sbrigativamente le rispondo. Poi, accorgendomi della sua insoddisfazione, e cercando di rimediare, aggiungo: "E ci azzecchi?". Riponendo il libro sulla scrivania, mestamente ma con un sorriso, dice: "Sì... cioè no", e se ne va via.

Qualche giorno dopo mi ferma in corridoio e mi fa: "È un periodo che faccio molti sogni, poi non me li ricordo. Cosa vuol dire?"; "Che non te li vuoi ricordare!", le rispondo. "Ah, ecco, grazie!", e si congeda.

Trascorrono altri giorni e come spesso accade che non ci accorgiamo delle intime quotidianità che ci circondano, mi ero lasciato alle spalle questi due episodi. A farmeli ricordare, questa volta con più attenzione e curiosità, è Marina che appena giunto al Servizio mi ferma per dirmi che continua a fare degli strani sogni, in cui ad esempio lei è inseguita da qualcuno, piuttosto che sta precipitando da qualche altezza o che sta arrampicandosi su un dirupo ma continua a scivolare indietro, e così via. Aggiunge che anche da piccola faceva spesso questi sogni e poi una volta si ricorda di aver sognato una tal parente che faceva un incidente, cosa che effettivamente si era poi verificata. Sempre cercando di sorridere e un po' distrattamente mi dice: "Sa, ho un po' di paura, e se poi certe cose accadono veramente?".

La mia soglia d'attenzione questa volta è mutata, ma non perché avverta un qualche pericolo, solo perché mi sembra che Marina, un po' come una bimba piccola, abbia bisogno di essere assicurata e confortata su certi accadimenti della nostra vita onirica che possono apparire un po' inquietanti. E così, bofonchiando, le dico che la premonizione non è come si pensa un potere sovranaturale, che spesso è il nostro inconscio che in un qualche modo registra anticipatamente rispetto alla nostra coscienza taluni accadimenti di un certo rilievo;

forse qualche vicissitudine attuale ti riporta a qualche tema dell'infanzia, ecc. ecc.

Il dialogo finisce lì. Marina mi ascolta, non aggiunge niente e riprende a fare ciò che aveva interrotto. Così, nel più ovvio "tran-tran" di qualsiasi CPS, passano alcuni giorni, finché una certa mattina Marina bussa al mio studio e mi chiede se può parlarmi. Incuriosito acconsento e questa volta, almeno seduti e con la porta chiusa, Marina mi racconta di aver fatto altri sogni angosciosi - questa volta di violenza, forse premonitori, secondo lei - che la preoccupano e di cui mi chiede l'inevitabile interpretazione. Così, con sincera voglia di aiutarla, mi appresto ad ascoltare i suoi sogni cercando veramente (ahimè) di trovarci qualche significato. In un sogno viene aggredita; in un altro una certa zia la salva da una situazione pericolosa; compaiono nei sogni la sua casa natale, i suoi genitori, una certa cugina che, ricorda, aveva abortito. Soprattutto è sconcertata da un sogno in cui lei stessa indossa un vestito da sposa macchiato di rosso.

Ancora, con gran convincimento, abbozzo delle ipotesi legate a qualche conflittualità con la sua famiglia (di cui ero già a conoscenza); la nostalgia per una persona cara; il matrimonio; la sessualità; i figli (recentemente due sue colleghe sono rimaste incinte). Aggiungo: "Comunque sono possibili percorsi sui quali il tuo inconscio t'invita a riflettere, a fartene carico; desideri ma anche paure non bonificate; forse dovresti rifletterci, parlarne un po' con qualcuno".

Silenziosa, Marina, scusandosi se ne va. Marina si congeda così ma lasciandomi chiara la sensazione di non aver azzecato qualcosa; stante i miei sinceri sforzi non mi sento soddisfatto e anzi qualcosa addirittura di Marina mi irrita. Mi sorgono questi pensieri: "Eppure ce l'ho messa tutta, perché non mi ha dato neanche un po' di soddisfazione?"; "Quanto si sta difendendo!".

Qualche giorno dopo, arrivando al lavoro, mi accorgo che non c'è Marina; chiedo all'altro infermiere se ne sa qualcosa. Non senza un certo riserbo, ma dispiaciuto, mi dice che Marina la sera prima è stata brutalmente malmenata dal marito, che le ha procurato diverse ecchimosi, che aveva un occhio tumefatto e forse una costola rotta e che era dovuta andare al

Pronto Soccorso. Drammaticamente i sogni di Marina s'erano... avverati! Io non avevo capito niente, nonostante avessi in cuor mio cercato di farlo, nonostante avessi cercato sinceramente di esserle di qualche aiuto.

È un caso un po' eccezionale e so bene quali possono essere state le mie attenuanti. Marina usandomi in quel modo mi ha portato fuori strada; non mi porgeva una vera domanda; il rapporto di conoscenza e i reciproci ruoli istituzionali hanno condizionato la nostra relazione, ecc. Purtroppo, seppur non volontariamente, ho colluso; non avrei dovuto accettare queste modalità; ha prevalso il mio bisogno narcisistico di farmi sentire vicino, troppo vicino. E la cosa di cui più mi rammarrico è constatare che evidentemente non mi ero preso sul serio, né avevo preso sul serio Marina.

Credo di aver cercato di portare aiuto a Marina, ma non perciò posso dire che la mia è stata una relazione terapeutica. Sostanzialmente si capisce facilmente perché è successo tutto questo: ero fuori setting e non mi ero assunto il ruolo che sarebbe stato necessario. E se vogliamo parlare d'amore, e se ne vogliamo parlare come quel *primo movens* che porta un soggetto ad aiutarne un altro, possiamo chiederci: "Che tipo di 'amore' ha mosso la mia relazione d'aiuto?".

AIUTO VERSUS DESIDERIO

Noi al Ruolo siamo da sempre piuttosto attenti a interrogarci sullo *statuto etico* del nostro lavoro e, tentando di concettualizzare la relazione d'aiuto, mi sembra che questa linea di ricerca si sia dimostrata più interessante che non i soliti tentativi di un suo inquadramento come pratica clinica, affine magari alla psicoterapia psicoanalitica ma pur sempre vista come una sorella minore e debole di teoria specifica. Personalmente mi muovo in una prospettiva di *riunificazione* e non di *separazione*. Purtroppo, sono convinto che una peculiarità analitica esista e la si debba distinguere dalla relazione d'aiuto ma senza disgiungerla dalla psicoanalisi, perché entrambe accomunate da un medesimo *statuto etico*.

Voglio ricordare un carteggio con Ettore Perrella dove lui asseriva che trovava curioso (bollettino PEC n. 9) che i pazienti che si rivolgevano ai colleghi del *Ruolo Terapeutico* chiedes-

sero loro aiuto. Allora io gli avevo chiesto cosa chiedessero a lui, i suoi pazienti. Rispondeva così: “Non è che nessuno chiede aiuto a me... è che a me, di quel che mi viene chiesto, importa solo quel poco che lascia trasparire il filo del desiderio effettivo del soggetto”. Quel “m’importa solo”, gli avevo risposto, “si presta a molti equivoci, potresti addirittura, e credo che tu non lo sia, passare per una persona arrogante e supponente che non tiene conto del suo paziente ma solo delle proprie personali aspirazioni”. Sostanzialmente gli dicevo: “È mia esperienza e convinzione che i nostri pazienti, tutti i nostri pazienti, chi più e chi meno, ci chiedano aiuto proprio perché *ammalati nel desiderio*. Poi con quanto bisogno di aiuto e con quanto desiderio effettivo, come dici tu, noi accettiamo di lavorare è un’altra questione. Il punto è che ciò che tu sembri chiedere ai tuoi pazienti all’inizio, per la messa in atto dell’analisi, è secondo me invece proprio lo scopo dell’analisi stessa: portare il soggetto a desiderare, rinunciando alla pretesa di un aiuto incondizionato e all’illusione di un sapere oggettivo e risolutorio”.

Quello che voglio sottolineare è che non ci si può occupare del desiderio effettivo del soggetto, senza nel contempo occuparsi anche del suo bisogno. Anzi direi che quando si palesa il desiderio, paradossalmente, forse è ora di pensare alla fine dell’analisi... e non certo all’inizio.

COME CONCLUDERE?

Ripartendo da dove ho cominciato. Oggi il conflitto non è più fra pulsioni e civiltà, come ben rappresentava Freud nella società borghese dei suoi tempi; oggi ciò che mette in scacco il soggetto sembra porsi fra un obbligo sociale a godere e il non riuscire a farlo, o il non riuscire a farlo più. Infatti sempre meno si entra in terapia dal lato del sintomo, che almeno una volta poteva portare il soggetto a produrre una domanda. Oggi consumati tutti i possibili soddisfacimenti sostitutivi o di “auto-terapia fai da te”, si tenta la strada della psicoterapia ma, ovviamente, col desiderio di guadagnare qualcosa (o di riguadagnare qualcosa) ma senza perdere niente. La domanda di terapia è quindi basata su una fantasia captativa di un ennesimo oggetto da possedere per non correre il rischio di

dipenderne. Come il terapeuta può rispondere a questa *domanda muta*?

La simmetria oggi è molto più sfumata e si parla molto più spesso di “coppia terapeutica” o di “campo analitico” (Antonino Ferro). In un recente convegno di colleghi lacaniani ho sentito persino parlare di “posizione personale dell’analista” e di *self-disclosure*. Purtroppo, la psicoanalisi continua a non voler risolvere il sintomo ma a cercare di metterlo al lavoro affidandosi al sapere inconscio del paziente, e questo è il presupposto che ci contraddistingue e di cui dobbiamo essere orgogliosi.

Dunque, la psicoanalisi esisterà fintantoché ci saranno degli psicoanalisti, e questo credo sia il suo limite.

L'intervista che segue fu pubblicata nel numero 123 della *Rivista del Ruolo Terapeutico* nel maggio del 2013.

Emanuele Santirocco (San Benedetto del Tronto 1954 – Verbania 2013) cominciò il suo lavoro di psicologo e psicoterapeuta negli Anni Ottanta, occupandosi di malattia mentale e tossicodipendenza. Fu docente della *Scuola di formazione del Ruolo Terapeutico* e fondatore del *Ruolo Terapeutico* di Verbania.

Domande e risposte

(Sergio Erba): Mi sembra che quando abbiamo parlato della possibilità di questa intervista tu, Emanuele, abbia risposto con molto entusiasmo.

(Emanuele Santirocco): Non sapevo i retroscena di questa nuova formula, però l'idea di un confronto diretto fatto di domande e risposte mi è parsa una bella cosa. Anche nelle lezioni teoriche che io propongo quest'anno c'è il suggerimento di una maggiore reciproca conoscenza come persone. Quindi, come spesso mi è capitato qui, trovo una sintonia anche su cose di cui non si è preventivamente parlato, come se ci fossero dei fini comuni che poi si ritrovano.

Per come ti conosco io, sei una persona che ha una ricca punteggiatura umoristica. Mi piacerebbe sapere qualcosa di più della declinazione, dell'uso dell'umorismo, in una persona che lo possiede bene, all'interno della pratica professionale.

Io credo di esserci entrato più per necessità che per virtù, nel senso che era una cosa che faceva parte della mia vita prima ancora di iniziare la professione: il poter usare l'ironia, il poter sdrammatizzare. Poi nel tempo e con l'analisi (che è stata abbastanza precoce, ho iniziato a vent'anni appena

iscritto all'università, e non per fare l'analista ma perché stavo male) è diventata sempre più mia. In quegli anni ho capito anche tutti quelli che potevano essere gli aspetti difensivi di questo modo di vivere le relazioni, di questa sottolineatura nel vivere le mie relazioni con gli altri. E poi è diventato un qualcosa che dovevo, perché non potevo far altro, trasferire nelle mie relazioni di cura e quindi mi sono ritrovato in seguito, perché interessato, anche a studiare (pur non essendo uno studioso) queste cose da un punto di vista teorico. Per esempio, feci la mia tesi di laurea sull'umorismo dopo aver incontrato casualmente un docente che faceva Psicopatologia Generale e che all'interno del corso aveva proposto un seminario su questo tema. Allora, prima ancora di essere laureato e cominciare a lavorare, presi parte, insieme ad altri, a questo che poi divenne un gruppo di studio a Padova con Franco Fasolo (tra l'altro mancato recentemente). C'era un sociologo, attore di una compagnia che si chiamava *I Magnagati di Vicenza*, c'erano altri psicologi. Erano tutti plurilaureati e io ero l'unico che ancora non lo era, insomma la capra del gruppo. Questo gruppo di studio è durato qualche anno e ha dato come esito un convegno al Manicomio di Padova con Pagliarini, Gianni Celati, uno scrittore di Bologna che insegnava al DAMS (durante la preparazione avevamo incontrato anche Bauleo) e Bonecchi, un analista milanese lacaniano. A seguito di ciò uscì anche un libro intitolato *Umorismo e psichiatria*. Quindi se dovessi dire in sintesi cosa vuol dire per me l'uso dell'umorismo e la sua declinazione nelle relazioni di cura, direi che è il suggerimento di una certa giocosità che tende a sdrammatizzare dove si può, stando attento che non diventi una difesa che copre, invece di aprire, delle possibilità di comunicazione. Poi man mano che vado avanti e aggiungo piccole e grandi letture, scopro che non è una cosa così peregrina o solitaria, che molti ci hanno pensato; anche Searles diceva che l'umorismo nel lavoro con gli psicotici, per esempio ridere di fronte a certe loro comunicazioni, può essere una comunicazione molto sana perché coglie anche la loro parte sdrammatizzante che non può essere comunicata per l'assoluto che vive in loro.

Volevo sapere, clinicamente, qual è il crinale che divide un utilizzo dell'umorismo che porta all'apertura da un uso difensivo? Dov'è che rischiamo di difenderci e come si riconosce l'uno dall'altro?

Questa domanda apre subito un discorso sulla clinica e quindi rispondere vuol dire parlare della competenza relazionale, per esempio. Come si fa a capire? Credo diventando sempre più competenti di sé nelle relazioni di cura, quindi nel cogliere e capire, oltre che valutare con la testa, le situazioni. Ci sono situazioni in cui è possibile introdurre queste transazioni e altre in cui non ti viene neanche in mente perché la situazione è tale per cui non viene proprio, ma non appena il dramma e il cupo si sollevano un po' io, che faccio fatica a tener fuori dalla mia vita e dalle mie relazioni questo tentativo di alleggerimento, vi accedo e così facendo suggerisco uno stile meno plumbeo anche all'altro. Posso fare un esempio molto personale. Stavo andando a fare un intervento in endoscopia perché dei calcoli mi avevano bloccato il pancreas. Nell'ambulanza eravamo io e mia moglie e non c'era un medico (poi ho scoperto che invece sarebbe stato opportuno e forse anche prescritto). C'erano i due autisti dell'ambulanza, due volontari di un paesino, di quelli col naso rosso da troppi "bianchini", che guidavano sportivamente. Abbordavano le curve con una *non-chalance* che faceva "beccheggiare" e "rollare" l'ambulanza, cosicché si aprivano gli sportelli degli armadietti e cascavano giù flebo e ogni altra cosa. Io stavo malissimo, ma non son riuscito a sfuggire alla similitudine con film e telefilm tipo *Dottori in allegria* e allora, insieme al dolore, mi veniva da ridere e dissi a mia moglie che secondo me eravamo su *Candid Camera* o *Scherzi a Parte*. Per cui credo che questa possibilità di cogliere l'aspetto ridicolo, comico, giocoso, umoristico è sempre presente come un pensiero laterale. Il come e quando cogliere la differenza, io credo che non sia una tecnica speciale ma che ricada nella tecnica solita che è quella della conoscenza di sé, della competenza di sé nelle relazioni sociali e umane. Per cui credo di potermi permettere certe cose fino a che l'altro non mi dà segnali diversi che mi fanno sentire e pensare che sono entrato in un altro ambito; a quel punto credo di essere in grado di fermarmi e di affrontare quello che ho davanti in un altro modo. Il come accorgersi se è una cosa

difensiva oppure no, come dicevo, non è una tecnica speciale ma fa parte delle risposte che noi ci troviamo a dare nelle relazioni di cura, come molte altre. Come faccio a sapere se l'interpretazione psicoanalitica che sto dando molto seriamente è difensiva? Posso saperlo seguendo il contesto, pensando a ciò che c'è stato prima, a quello che poi segue nella comunicazione e a come io mi sia sentito mentre la facevo.

Te la faccio io una domanda uscendo un po' da questo tema umoristico. È da tanti anni che fai questo mestiere ormai, secondo te perché funziona?

Faccio una breve premessa. Io credo che questo lavoro poggi su una tradizione molto antica; è il mestiere più antico del mondo che secondo me non è la prostituzione ma, appunto, quello della cura. E credo quindi che il nostro ruolo, tanto o poco, bene o male, cambiato tutto quello che c'è da cambiare, è il ruolo dello sciamano, è il ruolo di colui che mette in contatto col trascendente ovunque esso sia, dentro o fuori, sopra o sotto. La mia esperienza in effetti è lunghetta perché lavoro dal '78, in varie funzioni e vari ruoli, e volendo rispondere alla domanda parto prima dalla mia definizione un po' massimalista che mi fa dire: "È la relazione che funziona". Lo stare in relazione con un paziente, è quello che cura il paziente. Volendo dire più specificamente cosa lì dentro funziona vorrei usare una definizione di Pier Francesco Galli e cioè "la costanza della relazione d'oggetto". Questa cosa mi è stata confermata da moltissimi pazienti; verso la fine della terapia usciva questa consapevolezza: "Che cosa mi ha fatto bene? Mi ha fatto bene che lei fosse qui con me e che ci fosse sempre e che il suo essere qui non fosse subordinato a come ero ma fosse incondizionato". Poi forse ci sono tante altre piccole variabili ma credo che l'asse portante sia questo. Posso aggiungere un'altra cosa. Penso che nel discorso che facevamo sulla costanza della relazione d'oggetto una parte centrale, insopprimibile, stia nel discorso dell'amore, cioè il nostro lavoro è un lavoro sull'amore e con l'amore, in tantissime declinazioni, in tantissime quantità e in tantissime forme. Questa cosa non la dico solo io, anzi c'è chi dice che tutta la teoria psicoanalitica sia stata costruita proprio sui problemi relativi all'amore. Le

primissime storie di Breuer, di Freud, Ferenczi e di Jung con le loro pazienti e i transfert d'amore lo testimoniano.

All'inizio dicevi che a vent'anni hai intrapreso un'analisi perché stavi male e non per diventare analista. Ti chiedo se è possibile approfondire questa sottolineatura che hai fatto.

A me è capitato così. Forse in quegli anni, pur sapendolo, non avevo fatto mente locale sulla necessità di fare un'analisi per fare questo mestiere; il mio è stato un cammino diverso, un cammino da paziente semplice. Nel senso che stavo male in senso nevrotico... Intendo dire che non stavo morendo, però soffrivo, non riuscivo a vivere bene, non ero soddisfatto della mia vita... Sono passato dal neurologo della Mutua a un sedicente psicologo della nostra zona... perché non so se voi avete presente, per età, come era la situazione della risposta terapeutica anche solo trentacinque, quarant'anni fa. In una zona come la nostra (una provincia del nord vicino alla Svizzera), se uno aveva bisogno di questo genere di aiuto, non c'era niente, nessuno a rispondere. Non c'era la Psichiatria, non c'era la Neuropsichiatria Infantile, non c'era il Consultorio, non c'era niente. Dove adesso pullulano almeno quaranta professionisti tra privato e pubblico, allora non c'era nulla. Per cui ho fatto questo giro. Poi, attraverso un prete molto informato, molto colto, al terzo tentativo sono arrivato a Milano al Paolo Pini e ho conosciuto uno psichiatra psicoanalista, probabilmente anche bravo, ma che mi è stato subito molto sulle palle, per cui non è nato un incontro, ma per fortuna mi diede il nome di una psicologa e finalmente, in quarta battuta, sono approdato e ho trovato quella che poi è stata la mia terapeuta. C'è voluta un po' di ostinazione. La sottolineatura che tu dicevi forse l'ho fatta per dire che, probabilmente per caso, non ho fatto il passaggio dall'intellettuale, ho potuto "nascondermi", difendermi meno, perché stavo male. Poi di lì pian piano... Tra l'altro non ero neanche iscritto a Psicologia ma a Medicina a Parma perché, quando mi ero informato di qual era il percorso per fare questo mestiere, qualcuno mi aveva risposto che occorreva fare Medicina e poi Psichiatria e io ingenuamente mi ero fidato senza approfondire. Quindi mi sono trovato davanti ai libri di Anatomia e ho pensato che piuttosto

mi sparavo in un ginocchio. Nel frattempo, attivatomi, andai da un famoso psicologo di Parma (il cui nome ora mi sfugge) che, capito il problema, mi disse: "Scusa ma perché non fai Psicologia?". Perché non sapevo dell'esistenza della Facoltà che allora era solo a Padova e Roma. In effetti era il '73, la Facoltà era aperta dal '70 o '71 e forse l'informazione non era neanche così diffusa.

Io vorrei sapere se consideri questo un mestiere o una vocazione. Che cosa è presente ancora in te del Santirocco che allora scelse questa strada?

Dunque, tra mestiere e vocazione non so cosa scegliere, sicuramente è un artigianato; è un qualcosa che io sentoificante con possibilità anche molto creative, ma non è un'arte, piuttosto appunto un artigianato, qualcosa che deve tenere i piedi poggiati per terra ma che può risentire molto della creatività e soggettività di chi esercita questo mestiere. Vocazione? Sì, per me rimane una vocazione, nel senso che - nonostante io abbia collezionato, a questo punto, una quindicina di anni d'analisi e almeno altrettanti di supervisioni varie - non sono riuscito a sciogliere la "malattia" che mi ha fatto fare questa scelta. Per cui continua a rimanere una vocazione, che conosco meglio, che frequento di più, ma che continua a ogni primo colloquio a riprendermi con la stessa passione. Ieri sera ero con una coppia che è venuta perché il figlio non va bene a scuola, un diciassettenne molto chiuso, e man mano che loro parlavano io ho sentito crescere in me una forte curiosità tanto che li ho invitati a venire un'altra volta. Sono venuti, si son messi a litigare... una situazione strana che adesso non vi racconto, ma è la curiosità per le vite degli altri, è il desiderio di provare ad entrarvi in una funzione d'aiuto la cosa che continua a rimanere invariata. Non so se questo vuol dire che non sono "guarito" per nulla, può essere, o se vuol dire che al di là delle motivazioni profonde che possono trovare anche delle spiegazioni c'è qualcos'altro che nel tempo si accumula e stratifica, il piacere di funzionare in quel ruolo. Io spesso dico alle mie figlie che è il mestiere più bello del mondo, non avrei potuto fare nessun altro lavoro se non quello di stare con delle persone con il compito di essere sincero.

Vorrei sapere quali sono le persone, le figure di riferimento e le letture che ti hanno accompagnato e ti accompagnano in questa professione.

Volendo fare un, seppur breve, *excursus* storico le persone sono tante a partire dal professore di Lettere al liceo, un uomo particolare, molto creativo, che per insegnare il verbo latino *statuo* a un mio amico che non lo imparava mai, lo tene in piedi sul banco a mo' di statua per un'ora con un pesante vocabolario retto dal braccio teso. E prima ancora, forse, una maestra delle elementari che aveva colto in una certa mia rigidità di bambino degli aspetti umoristici, così mi aveva fatto fare il protagonista comico di una commediola rappresentata poi in classe. Superata la fatica di esibirmi ricordo che mi divertii un sacco. Poi andando avanti, alcuni docenti dell'università, non tantissimi, ma alcuni sì, per esempio Ferlini che poi ha insegnato anche in questa Scuola (*la scuola di psicoterapia del Ruolo Terapeutico ndr*). Insomma, l'elenco sarebbe lungo ma, in senso più proprio di referenti che mi hanno insegnato qualcosa della professione, sicuramente la mia analista e poi, come prima "scuola", il docente che dicevo, Franco Fasolo. E poi, via via, tante persone (una breve frequentazione del gruppo della Balconi a Novara, qualche tempo di supervisione con Piero Parietti di Riza), finché sono arrivato al Ruolo nel '79 col primo seminario di formazione alla pratica psicoterapeutica. Lì per me è iniziato questo percorso più specifico di apprendimento. Incontrare Cremerius, Erba, Cofano, Sommaruga, tutte queste persone, molte delle quali sono state miei docenti della Scuola che voi state facendo adesso e precisamente erano Erba, Sommaruga, Cofano, Ferlini e la D'Amico. Le letture? Molte e variegate, io non riesco a seguire un filo accademico, da studioso, per cui continuo a variare moltissimo. Mi è sempre piaciuto più leggere di saggistica che romanzi e quindi passo da molte cose. Sicuramente la lettura di Freud mi ha aiutato molto, così come Searles (che vi propongo a scuola); sicuramente, più recentemente, la Miller e poi moltissimi altri. Si trovano tante cose "ibridando" gli interessi, per esempio Durrenmatt io trovo che sia molto formativo da un punto di vista psicoanalitico. O leggere Bulgakov. Poi a me è sempre piaciuto moltissimo

andare al cinema; da giovani e fino a che non abbiamo avuto le nostre figlie, andavamo al cinema tre volte la settimana, anzi per week-end, due spettacoli la domenica e uno il sabato. Per cui ho fatto un pieno di film svariatissimi, il cinema è una cosa che mi ha dato molto.

Sembrerà una domanda sciocca. Una volta ho fatto un corso di cinema e autobiografia e tra le domande che ci hanno posto c'era quella di indicare i titoli di cinque film che erano molto legati alla nostra vita. Ti giro la domanda.

Cinque forse ora non mi vengono in mente ma ti dico il più importante. *Il Laureato* quello di Mike Nichols con Dustin Hoffman, che io ho visto dodici volte al cinema. Quando poi l'ho rivisto in TV ho provato una grande delusione, mi è sembrato che mi portassero via qualcosa. In TV perde tutto.

Perché questo film?

Ha accompagnato la mia crescita e i miei cambiamenti. L'ho visto la prima volta a quattordici anni, era appunto vietato ai minori di quattordici e io entrai anche se forse gli anni non erano compiuti. Ricordo che la prima volta il finale del film mi aveva turbato, era un finale anticonformista (era il 1967). La protagonista, che è sull'altare per sposarsi, cambia idea all'ultimo e scappa con D. Hoffman il quale, per fermare gli inseguitori, infila un grande crocifisso nelle maniglie della porta della chiesa; se ne scappano con la corriera, lei vestita da sposa e lui malamente, un po' sporco e lacerato per il lungo viaggio fatto per raggiungerla. Quell'essere così anticonformista mi aveva molto turbato. Io allora ero invece molto conformista e quel finale mi era sembrato forse quasi "immorale". Poi l'ho visto e rivisto negli anni e quel punto mi è sembrato sempre più interessante fino a sembrarmi il più bello e liberatorio del film. Forse per me il film ha simboleggiato la trasformazione di una personale rigidità, fino alla scelta di uscire da certi binari.

Ci sono stati, nel corso della tua vita, momenti in cui hai avuto ripensamenti facendoti venire voglia di cambiare direzione e professione?

Ricorrentemente mi è capitato di pensare di aver sbagliato strada. C'è stato un momento, all'incirca nel 1987, in cui ho avuto la sensazione di non avere la capacità di stare in relazione con le persone, quindi di aver sbagliato tutto, che forse sarei dovuto stare chiuso in una stanza a scrivere, fare lo scrittore o qualcosa del genere. Poi ancora nei frangenti dei fallimenti professionali o personali, mi sono chiesto chi me lo facesse fare di fare un mestiere così. Poi tutte le volte, proprio tornando al lavoro e facendolo, mi sono riconciliato fino ad avere, ormai abbastanza consolidata, la convinzione che non cambierò mai questo mestiere, anzi penso che - se la testa mi regge, e anche le gambe - non andrò mai in pensione, almeno fino a che potrò. Da questo punto di vista c'è stato anche un altro momento (ventidue o ventitré anni fa) in cui mi son reso conto che avevo ormai circa trentacinque anni e che i miei sogni più infantili e adolescenziali di diventare un novello Freud non si sarebbero realizzati, perché a quell'età non avevo ancora raggiunto queste mete grandiose (né erano in vista) e, quindi, dove cavolo volevo andare?! Allora ho pensato che mi potevo ritirare "in piccolo"; avevo il mio lavoro in Ospedale, tenevo famiglia e pensai: "Faccio questo lavoro umile, ma utile". Presa questa decisione accadde che nel giro di pochissimo tempo qui al Ruolo ebbi un sacco di proposte per cui, proprio in quegli anni, divenni vicedirettore della Scuola, membro del Consiglio Direttivo, ero già docente, redattore della Rivista e terapeuta del Centro Clinico. E ovviamente io accettai tutte le proposte. Così mesi dopo, anni dopo, mi son detto: "Ma allora ti sei imbrogliato, hai fatto finta di mettere via le ambizioni per poterci passare dentro più lievemente". Come se avessi trovato un rituale di iniziazione meno pesante, come avessi preso di lato e non frontalmente il problema, o almeno ebbi questa sensazione. Poi non sono diventato Freud ovviamente...

Volevo chiederti se ci sono stati momenti di smacco e di sconfitta nella professione e/o nella vita e se hai voglia di parlarne.

Mentre formulavi la domanda e io coglievo la direzione che avrebbe preso, le prime cose che mi sono venute in mente sono due persone che sono morte, una suicidata. Non erano

direttamente in terapia con me in quei momenti. Una persona aveva fatto una terapia con me anni prima e probabilmente in un momento di “catastrofe” personale mi aveva cercato urgentemente in ospedale un pomeriggio; la vidi un minuto e mezzo, tra un colloquio e l’altro, tra una stanza e l’altra e le dissi: “Oggi non ce la faccio, venga domattina”. Lei andò a cercare altre persone in reparto e poi si buttò dal quarto piano proprio dell’ospedale. Lì mi sono sentito molto colpito, non in colpa, ma mi sono chiesto delle cose su quando si affronta il lavoro a ritmi troppo serrati, come era in quel momento per me. Poi un’altra situazione, quella di un ragazzo di una famiglia multiproblematica, nomadi che si erano stabilizzati in città; io avrei dovuto cercare una Comunità per questo ragazzo ma a quel tempo ce n’erano poche e io ero forse stato un po’ lento, per cui lui (un epilettico) che era allo stato brado andò al fiume a nuotare, ebbe una crisi in acqua e morì. Quando la mamma venne ad affrontarmi è stato un momento abbastanza difficile; lei era molto accusatoria, io non so se avessi delle responsabilità specifiche perché il caso non era solo mio, ma anche di altri operatori, però è una cosa che mi è rimasta molto dentro. Ultimamente mi mette molto in crisi il pensiero che il lavoro che stiamo facendo nelle Comunità possa non trovare grandissimi sbocchi e le cure possano divenire molto lunghe e lente o addirittura poco trasformative. Questo mi impegna molto nel pensare, cercare se ci sono mancanze ed errori, oppure se è una realtà che ha grandi limiti realistici (non solo nostri) che va accettata per quello che è. C’è intorno anche un contesto difficile che è quello sociale di questo momento storico in cui, secondo me, quello delle Comunità è diventato il “fronte” psichiatrico, più di quello dei Servizi che è tutto spostato sulla psicofarmacologia. Nelle Comunità si lavora molto sulla relazione ma, purtroppo, nella società non c’è più tensione, c’è poco interesse e talvolta c’è anche poco riassorbimento sociale. Molti pazienti rischiano di diventare lungodegenti delle Comunità perché le famiglie, non abbastanza supportate, non ce la fanno a fare spazio per loro e talvolta addirittura i Servizi, anche loro in difficoltà, non li rinvogliono. Queste difficoltà mi fanno sentire impotente e questo non mi piace, però ho anche imparato

to che talvolta gestire l'impotenza è necessario. Poi chiedevi della vita... sì, nella vita guai di vario genere, anche se non grandissimi e non "invalidanti". Per esempio, ebbi un pesante momento di depressione durante quel ricovero in cui accadde l'episodio dell'ambulanza. Dovevo togliere la colecisti ma non si erano accorti che in seguito alla pancreatite avevo anche una pleurite da contatto (col pancreas ingrossato), per cui nel tentativo di indurmi l'anestesia si abbassò molto la saturazione, rischiai di morire e l'intervento non venne fatto, e poi dovetti aspettare dei giorni prima che tentassero nuovamente l'operazione. Ecco in quei giorni mi abbattei molto, fino a diventare preoccupantemente negativo e abulico, avevo proprio voglia di lasciarmi andare; poi invece mi ripresi grazie soprattutto a mia moglie e anche alle mie figlie. Erano piccole, vennero a trovarmi e la loro presenza mi ha come svegliato da questo torpore in cui ero scivolato.

Prima hai accennato a come la tua analisi sia stata anche didattica, nel senso che ti ha insegnato. Allora pensavo a questa Scuola un po' sui generis rispetto ad altre scuole, nel senso che non è richiesta l'analisi per accedervi. Ti chiedo, pensando agli allievi di questa Scuola e alla tua lunga militanza professionale, cosa ne pensi della necessità di fare un'analisi e sul fatto che sia un'operazione vincolante per fare la professione.

Io credo che sia necessario conoscersi per fare questo mestiere. L'analisi è un buon strumento ma credo anche che per usare questo strumento bisogna deciderlo e non possa essere un sottoporsi obbediente, perché penso che fare questa professione sia soprattutto uscire dall'obbedienza, occorre essere soggettività critiche. Quindi trovo molto giusta la scelta del Ruolo di lasciare alla libera scelta l'intraprendere o meno un cammino di conoscenza di sé. La mia analisi è stata molto eterodossa, io la chiamo analisi ma qualcuno la chiamerebbe psicoterapia; io non sono mai stato su un lettino, son sempre stato *vis-a-vis*, sono stato in terapia con la stessa persona una volta la settimana, due volte la settimana, in setting individuale, di gruppo. È stata una relazione di cura che mi ha accompagnato e che mi ha permesso di conoscermi. Io intendo questo per analisi. Non la porrei in termini ideologici,

se siamo d'accordo sul punto che bisogna conoscersi, bisogna conoscersi, punto! E allora quando ci si rende conto che non bastano più le supervisioni a questo scopo e si sente di avere bisogno di uno spazio più personale, bisogna farlo, credo che sia gioco-forza, diventa una decisione che ci si assume per responsabilità, non credo che sia auspicabile assumerla per obbedienza. Credo che in tempi passati, ma non remoti, quando più facilmente si faceva l'analisi per obbedienza, queste analisi abbiano creato degli analisti un po' scissi, da una parte molto obbedienti e dall'altra molto trasgressivi, per esempio. È sufficiente pensare a tutto il discorso sulla traslazione d'amore e aver presente un libro come *Follia e cura* di Langs, in cui lui come supervisore colleziona un'infinità di osservazioni su questo tipo di scissioni per cui gli analisti si dicono assolutamente ortodossi dal punto di vista psicoanalitico da un lato, e dall'altro intanto "si fanno" le pazienti.

Sentendoti parlare oggi e conoscendoti da tanti anni ho sempre apprezzato questa tua capacità, che anche oggi si sente, di essere immediato e calmo. Anche quando racconti momenti critici della tua vita lo fai con una certa serenità. Allora una domanda: secondo te è una tua dotazione naturale, ti riconosci questa qualità da sempre? O l'hai conquistata e come? Forse è un frutto anche del fare questo lavoro.

Sicuramente è anche un frutto del fare questo lavoro e di tutti gli anni in cui, in tanti setting e in tanti modi diversi, ho cercato di frequentarmi. Su questo punto ci sarebbero tantissime cose da dire, perché in questa "frequentazione di me" io ho anche la sensazione di continuare a rimandare una frequentazione ancora più approfondita e ancora non so perché. Se è una dotazione o un dono... per quel che ho capito fin qui è un adattamento che ho trovato, credo da molto piccolo, avendo avuto una madre che mi ha fatto fare, da certi punti di vista, una vita d'inferno. Ma credo che proprio questo mi abbia costretto molto precocemente a trovare uno spazio mentale mio in cui rielaborare le cose. Perché se mi affidavo solo allo spazio suo, credo che non mi sarebbe andata molto bene. Quindi non so se questa serenità c'è veramente o no, io talvolta la sento, altre volte no e mi sento anche un po' tra-

vagliato, però questa cosa è nata molto precocemente, io me la sento da sempre, come mi riconosco da sempre, per esempio, un qualcosa che poi è stato molto pesante nella mia vita perché mi ha fatto sfiorare momenti di ossessività pesante. Il tentativo di tenere sotto controllo, di governare le cose per me è sempre stato essenziale, per fortuna l'ho abbandonato abbastanza, anche se come tratto mi rimane. Quando è accaduto quell'episodio dell'anestesia pare che mi sia mancato per un attimo l'ossigeno al cervello e mia moglie scherzando dice che mi sono rimbambito; io credo di no, ma da allora, proprio come voltare una pagina, ho perso (non del tutto) la facoltà di ricordare i cognomi. Prima, pensando al cinema, di un film io avevo a mente tutti i nomi e cognomi di tutti quelli che apparivano nei titoli di testa e di coda. Adesso invece ci sono delle volte che per cercare il cognome di un paziente devo prendere l'agenda e cercare tutti i "Carlo" finché non trovo quello giusto. Ricordo che, dopo quel brutto ricovero, avevo in qualche modo deciso di smettere di controllare tutto perché tanto c'era nulla o poco di controllabile. Ho avuto proprio il desiderio di perdere un po' di questo controllo, ma sullo sfondo in parte rimane; è raro che io mi appresti a dire qualcosa senza cercare di immaginare cosa succederà dopo.

Forse è ora di parlare un po' di setting, soprattutto dal punto di vista processuale, non solo per il paziente, ma in che modo serve a te, quanto ti protegge in qualche modo.

Il setting è essenziale, è il rappresentante tecnico dell'etica, ossia quell'insieme di condizioni, assetti e regole che noi ci diamo per proteggerci e proteggere dalla possibilità di far del male, uscendo dal seminato, abusando del potere che ci troviamo in mano di fronte a un paziente, quindi direi uno strumento essenziale. Negli ultimi dodici anni, cioè da quando lavoro nelle Comunità, mi pare d'aver imparato ancora più specificamente questa cosa. In questo campo il setting è proprio l'etica, perché se invece si cerca di applicare qualche setting scolasticamente inteso si rischia di bloccarsi, di non riuscire a fare alcunché. Per esempio, se io avessi dovuto aspettare una domanda "pulita" di psicoterapia da parte dei pazienti della Comunità credo che non avrei iniziato nessuna

psicoterapia con alcuno. Su queste cose ho dovuto pensare e uno dei pensieri è che quando un paziente entra in Comunità fa in realtà una domanda d'aiuto, devo accreditarlo di essere un domandante, una domanda criptica, ancora chiusa, non esplicitata, ma tale per cui io credo di potermi permettere di dirgli: "Venga che facciamo dei colloqui"; poi, dopo un certo numero di incontri, di chiedergli se vuole continuare. Lì, per esempio, credo di saltare formalmente il concetto di "domanda e risposta" ma credo di rispettarlo sostanzialmente; in questo senso penso che il setting sia l'etica, soprattutto in certi ambiti. Poi, nel contesto del mio studio privato, è ovvio che a me non viene mai in mente di fare una cosa del genere, ma proprio perché il contesto e i passaggi sono diversi. Nel mio studio arriva solo chi telefona e cioè ha già fatto quel certo passaggio, si è già proposto in un'identità molto diversa. Io non lo conoscerei mai se lui non venisse. Il setting incornicia una condizione, un po' come la nascita e la morte incorniciano la vita (come diceva anche Langs) e le danno senso; cioè se non avessimo dei limiti nelle cose che facciamo tutti i giorni coi pazienti sarebbe difficile, impossibile essere incisivi, trasformativi rispetto ai problemi che loro ci portano. Se non ci fosse un contesto riconoscibile, se non sapessimo che il paziente ci ha fatto una domanda, non sarebbe possibile proporre una risposta, attrezzata di indicazioni, in cui diciamo il dove, il come, per quanto tempo ci incontreremo, inteso come tempo delle sedute, non come tempo di tutta la terapia, che non lo sappiamo e non lo predeterminiamo e diciamo che queste cose vanno rispettate.

Nel momento in cui incontri la persona ospite della Comunità e i colloqui sono da te proposti perché il paziente è richiedente "per definizione", come nasce o come si può stimolare la curiosità a "entrare" nello spazio che tu proponi? Questa cosa la sento molto perché ho lavorato in una Comunità per minori e allora ti chiedo, appunto, come nasce e come si stimola la curiosità.

Le occasioni sono mille in Comunità. Personalmente penso che la curiosità nasca nel paziente quando percepisce, da parte del curante, una presenza vera, una presenza dialogante e una sua curiosità sincera. Esempio, c'è un paziente della

Comunità che è stato seguito in svariatisimi modi, da molti colleghi, in terapia familiare e altre modalità. Però la sua permanenza si prolunga, lui ha sintomi sempre più di chiusura e pochi giorni fa si è messo a far volare oggetti e arredi; allora io gli ho chiesto di parlare in presenza dell'infermiere che aveva assistito a tali scene e gli ho semplicemente domandato che cosa stesse succedendo e lui ha cominciato a raccontare una storia inusitata, di suo padre che era stato in galera, che aveva abusato di lui e del fratello. Io non so quanto siano vere storicamente queste cose però vedo e sento che ha una storia da raccontare e allora gli ho detto questo, che lui ha delle cose da raccontare, che mi ha fatto incuriosire di queste cose e quindi se vuole ci vediamo ancora la settimana prossima e lui mi ha risposto di sì. Ecco, è banale il modo in cui si inizia. Un'altra volta un altro paziente si è lamentato con gli operatori perché non vedeva mai i tecnici, eppure noi facciamo un certo numero di ore dal lunedì al venerdì in Comunità, allora io ho raccolto questa sua lamentela e l'ho invitato a parlarne e lui diceva: "Sì, perché io devo parlare del mio problema e non so con chi parlarne, devo capire perché mi piacciono tanto le bambine di otto anni". Di lì, anni fa, è nata una psicoterapia che stiamo facendo ancora a due sedute la settimana. Ripeto, sono tante le occasioni. E come fanno gli operatori a stimolare questo tipo di domande o di curiosità? Io dico offrendosi, come persone che rimangono vive nonostante l'istituzione tenda a fermare ogni vitalità; anche istituzioni sane hanno tale tendenza, le istituzioni che si occupano di psicotici subiscono una sorta di "contagio" e credo che gli operatori abbiano bisogno di rifrequentare certi discorsi, rincontrare certe emozioni. Siccome questi pazienti hanno sfiorato o toccato, nel corso della loro vita, esperienze di "morte psichica", sono impauritissimi e tendono a tenere tutto fermo e tutto morto; gli operatori allora cosa possono fare se non mettere in gioco quanto di vivo hanno? Da tanti punti di vista; ci sono operatori che suonano la chitarra e allora un giorno arrivano con lo strumento e fanno "incontri" inaspettati, per esempio il paziente che ha fatto il conservatorio ma che poi ha abbandonato ogni emozione relativa alla musica. E allora comincia a pensare che potrebbe riprovare a suona-

re la pianola. Insomma, mi ripeto ancora, sono tanti i piani e secondo me possono essere considerati tutti “aspecificamente” terapeutici, soprattutto quando preludono, consentono, l’apertura di relazioni più specificamente terapeutiche e psicoterapeutiche.

Un anno di guerra

di Erika Klein

In ricordo di Franco Rotelli

di Roberta Giampietri

Tirocinio gustato, tirocinio ricordato

di Maria Chiara Amari

UN ANNO DI GUERRA

È da un anno che c'è la guerra in Europa e non solo non ne veniamo a capo, ma continuiamo a non capire perché ci sia e perché Putin stia mandando in rovina la Russia col consenso della Russia, almeno di una parte di essa.

Ancora una volta il "fenomeno Russia" si offre come terreno utile a decifrare paradossi e avventure della psiche umana. Il Paese sembrava essersi normalizzato, aver trovato il proprio posto nel mondo, aver aperto finestre di libertà e buona convivenza, invece no, faceva solo finta, i suoi demoni erano tutti lì pronti a esplodere. Non è la prima volta che la Russia manda in malora sé stessa pur di realizzare una qualche fantasia che dia sollievo alla sua tragica inferiorità, al bisogno di certezze identitarie. Quando è in difficoltà per qualcosa tira fuori il suo eterno messianismo che funziona sempre: i russi si mettono prontamente in riga, con spirito patriottico, qualunque sia l'ideologia in campo.

L'ultima trovata è la ricostituzione di un impero sovietico-zarista da imporre ai vicini e contrapporre all'odioso, depravato Occidente. L'Ucraina che non vuole più essere "Santa Russia", ma vuole diventare Occidente è il bersaglio giusto su cui riversare sentimenti di rabbia e di rivalsa che in verità c'entrano poco con l'Ucraina. C'entrano invece molto con la frustrazione per il fallito esperimento sovietico, subito pesantemente dalla nazionalità russa e con la mancata ricognizione di ciò che quell'impero è davvero stato.

Psicologicamente viene da pensare che la Russia stia dando la caccia alla propria ombra, al proprio nemico interno, troppo oscuro per essere preso in mano. Ce lo conferma la violenza con cui la retorica di regime si accanisce su chiunque osi opporsi anche solo all'idea del grande destino che spetta alla Russia. Un tentativo goffo di soccorso e risarcimento a un popolo spaesato, ansioso di vendetta, costretto a vivere di menzogne e patriottismo, senza mai diventare adulto.

I revanscismi prendono sempre la stessa forma di fanatica onnipotenza e di attaccamento a un capo mistico che si assume le sacrosante rivendicazioni. In cambio ne ottiene legittimità a usare la forza per le proprie ambizioni personali: raggiungere i posteri attraverso i libri di storia, dove sarà celebrato come colui che ha riunificato le sacre terre dell'impero. Un incrocio di deliri, mentre ci sarebbe bisogno di un percorso di realtà. Esattamente quello che non si può fare. La psiche russa è stata plasmata in modo da fuggire la realtà, da non vederla mai. Non vuole svegliarsi, non vuole guardare quello che ha fatto a se stessa in 70 anni di totalitarismo, non vuole uscire dal giardino d'infanzia dov'era stata relegata. Si aggrappa a Putin pur di restare ancora un po' nell'innocenza, di rimandare il momento in cui andrà a sbattere.

Ma perché la Russia si chiude in queste trappole che la mettono fuori dal tempo, dalla modernità, dallo sviluppo, dal diritto, dalla comunità internazionale? Forse perché il bisogno di conferme identitarie, di continuare a specchiarsi in un impero immaginifico che compensi l'insignificanza di una vita grama è più forte di tutto.

La Russia è uscita dal secolo scorso incapace di guardare al futuro, di raccontare una storia nuova che non sia quella della propria invincibile superiorità. Vittima e complice di una tirannide durata troppo a lungo, non riesce a non riprodurla, a fare i conti con il proprio terribile passato e a voltare pagina. C'è sempre una realtà parallela che lo impedisce, una narrazione che distorce e mistifica quello che non si può nominare, perché non sopporta semplici parole di verità. La montagna di menzogne e delitti compiuti non si sa più in nome di che cosa è sempre lì, irrisolta, non elaborata, camuffata da concetti che attengono al cielo dell'astrazione, senza mai toccare le

ferite. Tutto pur di non sminuire la portata del grande progetto di riforma dell'umanità cui si erano dedicati a lungo e con grande impegno. A monte: un rapporto disturbato col potere, ammantato di spirito religioso più che civile.

La Russia è sempre stata riluttante ad accettare la politica come mediazione fra l'autorità e i cittadini, le sembrava di fare un torto alla missione escatologica dello Stato. Ha sempre preferito lasciar perdere il controllo, relegare le istituzioni nel regno delle cose inutili e tenersi stretto il potere così com'era sempre stato: assoluto, indiscutibile, paternalistico, sacrale. E così ci risiamo. Dopo Gorbačëv e i tentativi degli anni Novanta di regolamentare la struttura della macchina statale si è tornati al puro arbitrio di un principe del Cinquecento, di cui si scrutano i meandri mentali, per individuare quale sarà la direzione del vento. Intanto lui decide per 140 milioni di russi e, ormai, anche per noi.

Del resto, l'umore sociale russo era pronto da tempo per accogliere il ritorno della vecchia rassicurante dittatura totalitaria che libera da ogni responsabilità personale, dalla presa di coscienza, dalla fatica di pensare. Ma non è andata bene. Ai russi bastava la convinzione di essere ancora impero, per vivere in tranquilla passività, ignorando che la dittatura porta immancabilmente alla guerra. E infatti è arrivata. Putin ne aveva bisogno per stornare l'attenzione dal sottosviluppo, dalla diffusa indigenza degli immensi territori lontani dalla capitale, dalla mancanza di una qualunque prospettiva per il Paese. Ma forse siamo all'ultimo atto dell'impero, forse il continuo, strisciante reclutamento finirà per aprire gli occhi di un popolo bendato.

Intanto la guerra si sta portando via una parte della gioventù russa, quella che non è potuta fuggire all'estero. Ma a Putin questo non interessa. L'ha detto anche in televisione: meglio morire per la patria che perdersi nell'alcol e nella droga. Un implicito riconoscimento di quanto sia poco attraente oggi vivere in Russia.

Erika Klein

IN RICORDO DI FRANCO ROTELLI

Si è spento nella sua casa di Trieste giovedì 16 marzo scorso lo psichiatra Franco Rotelli, strettissimo collaboratore ed erede di Basaglia. Fu protagonista della stagione rivoluzionaria che portò alla chiusura dei manicomi e artefice dello spostamento sul territorio dei servizi per la cura del disagio mentale. Come Direttore dell'Azienda Sanitaria di Trieste, ha reso concreta nella sua città la realizzazione di un modello socio-sanitario territoriale conosciuto, studiato e molto apprezzato anche a livello internazionale.

Desidero ricordarlo con una testimonianza personale. Una delle cose più difficili e insieme più belle della mia vita è stato il momento in cui mia figlia mi ha detto che si sarebbe trasferita dalla nostra città per andare a vivere e a lavorare nella sanità a Trieste con Rotelli. L'idea di averla per sempre così lontana e che (come in effetti è stato) non avrei potuto veder crescere giorno per giorno i miei futuri nipoti, da mamma mi faceva stare male. Ma il brillare di luce dei suoi occhi, l'entusiasmo della sua voce, il sentire quanto credesse nella scelta che stava facendo e quanto questo avrebbe dato senso al suo lavoro e alla sua vita, facevano sentire la più felice del mondo sia la mamma sia la donna che c'è dentro di me, donna che credo debba restare sempre viva in ogni mamma. Le sono molto grata per questa sua scelta.

Io Franco Rotelli l'ho conosciuto da poco nel mio andirivieni a Trieste e principalmente come compagno di partite di burraco. Da ragazza, a Parma, avevo fatto le mie prime, entusiasmanti, esperienze di politica e di volontariato con Tomasini e avevo conosciuto di persona Basaglia. Rotelli solo di nome. Conoscerlo di persona mi ha emozionato. Con stupore ho conosciuto un uomo molto timido, non capivo se parlasse poco per timidezza o per la fatica a parlare che comportava un suo problema di salute. Ma quando finivamo di giocare mi salutava con un buffetto sulla guancia e un sorriso di affetto sincero. Mi sono accorta rapidamente che restava taciturno e un po' imbronciato solo sui discorsi banali, mentre se si parlava di politica o di sanità si animava, amava il contraddittorio, era vivace e appassionato e soprattutto aveva un pensiero molto lucido, coerente e stimolante sull'attualità.

Quando mia figlia mi ha chiamato per dirmi che Franco era morto, ho pensato con grande dolore: “Non avremo più il suo pensiero, la sua visione ci mancherà, una perdita irreparabile”. Ma la notte stessa ho fatto questo sogno:

Finiva il funerale e tutti insieme scendevamo attraverso il Parco di San Giovanni, ex sede dell’ospedale psichiatrico di Trieste e ora meraviglioso parco aperto alla cittadinanza e sede di vari presidi dell’azienda sanitaria e dell’università, per raggiungere il centro della città seguendo la sua bara... Però davanti alla statua di Marco Cavallo il corteo improvvisamente si fermava e in tanti ci mettevamo con foga a liberare Marco Cavallo dalla camicia di forza nella quale era stato costretto a fare solo il MONUMENTO. Poi continuavamo a scendere spingendo Marco Cavallo (come tanti anni fa fecero i “matti liberati”) con la gente che anche adesso si aggregava sempre più numerosa, e di fianco alla statua c’era anche la bara di Rotelli, simboli viventi e non morti di un grande bisogno, un bisogno molto attuale, di liberazione.

Questo il sogno e, appena sveglia, ho pensato che c’è veramente bisogno di una nuova liberazione. Ma oggi secondo me non sono i matti ad aver bisogno di liberarsi, bensì gli operatori della sanità: liberarsi dalla camicia di forza in cui li stanno costringendo i nuovi modelli aziendalistici, procedurali, diagnostici e per questo schizofrenici in cui si sentono costretti a lavorare.

Forse la mia generazione in generale ha saputo poco fidarsi delle generazioni successive e ha saputo poco costruire insieme a loro salde capacità di difesa dagli attacchi ai diritti, attacchi che oggi sembrano diventati inarginabili. Forse la mia generazione si è rassegnata a fare un monumento alle proprie conquiste... Ma secondo me Rotelli non era e non voleva questo. E per questo è proprio da qui, dagli operatori della sanità tutta e della salute mentale della città di Trieste, da qui prima che da altrove - se tutto questo ha avuto un senso - che potrebbe nascere una forza, potrebbe partire un movimento da allargare a tutto il paese. Da qui perché loro sono quelli che, anche grazie a Rotelli, hanno saputo e sanno dare gambe alle idee, che sanno lavorare con le PERSONE, le conoscono per nome e non come “i pazienti”, che stanno con loro avendone rispetto

e riconoscendone l'unicità, la dignità, la libertà e la responsabilità personale, che non li giudicano, non si difendono dietro le diagnosi e non separano la salute del corpo dai diritti del cittadino. Ma soprattutto perché sono quelli che possono esigere di continuare a lavorare così poiché sanno quanto questo modo di lavorare salvaguardi anche la loro unicità, dignità, libertà e responsabilità di lavoratori e di cittadini. Mi auguro, per il futuro di tutti noi operatori della salute e per tutti coloro che hanno bisogno del nostro aiuto, che si riesca insieme a combattere per continuare a lavorare così.

Roberta Giampietri

TIROCINIO GUSTATO, TIROCINIO RICORDATO

Novembre, esame di stato,
non ne ho voglia.

Ho fatto il mio anno di tirocinio, ho iniziato a lavorare... basta!

No, va bene, devo farlo, lo faccio. "Devi solo togliertelo", mi dico davanti al computer. "L'esame di stato bisogna toglierselo!"

Quest'anno vogliono che presentiamo le competenze pratiche apprese in tirocinio, come a un colloquio di lavoro, connettendovi le teorie e i costrutti studiati all'Università.

D'accordo.

D'accordo.

Prendo i quaderni dei mesi passati al Ruolo... li riapro volentieri, in realtà... sono curati, scritti bene, scritti molto.

Penso che prima di rimettermi a leggere tutti gli appunti sia meglio fermarmi e ritornare, solo con la memoria, a quel periodo, per rientrare nel contesto e costruire un discorso più omogeneo.

È piacevole ripensarci, è un tempo dilatato, lento, intenso!

Ricordo subito che la maggior parte delle formazioni si tenevano nella stanza al piano di sotto, in una specie di taverna, accogliente. Mi fa pensare a un nido! Ci siamo state tanto, io e la mia collega F, in quel nido, abbiamo ascoltato, pensato e parlato tanto.

Ripenso alle supervisioni in quel nido: che intensità, le su-

pervisioni, che modalità nuova di stare in ascolto! “La mia pancia dice...”: le terapeute del Ruolo alle supervisioni volevano pensare con la pancia, buffo e vero. Faticoso, anche.

Mi torna in mente quella supervisione in cui si è parlato della morte, della fatica di concedersi il dolore, dell’A-more, che è dove non c’è morte (potenti le supervisioni al Ruolo!).

Sorrido perché al Ruolo c’è anche tanta poesia, il movimento delle mani del bambino che diventano una danza insieme a quelle della terapeuta, e questo li fa incontrare, lei con lui, che sembrava non riuscisse a incontrare nessuno!

E poi in quel nido le formazioni sugli strumenti diagnostici da usare una volta abilitate alla professione. Sono grata per il pensiero concreto al nostro futuro, perché una volta uscite dal nido bisogna che da qualche parte iniziamo! Porto con me soprattutto il genogramma, albero semplice che può aiutare a conoscersi.

Mi arriva un pensiero sulla qualità di tutte le formazioni: ogni cosa è pensata fino in fondo, se possibile anche vissuta, con il desiderio di farla al meglio possibile, di passarla con verità. C’è tanta attenzione al *Ruolo Terapeutico*.

Qualità che è professionalità e umanità insieme. C’è questo trio al Ruolo che si vuole rispettare. E questo credo che trasformi, aiuti a maturare in profondità.

Io mi sono sentita vista e curata, a tratti anche coccolata!

Questo è il contesto che ho impresso dentro.

Ora rileggo i quaderni, estraggo la “pratica” e scrivo il mio discorso. Lo collego alla deontologia, e vai con l’orale.

L’esaminatrice alla fine mi ha ringraziata per la chiarezza dell’esposizione e per l’“efficace sintesi”.

Prego, Signora Esaminatrice. In effetti ce l’ho chiaro questo tirocinio, perché me lo sono gustato!

Ah, e poi al Ruolo ho trovato un’Amica: F! Mia complementare antitesi F. Ma questo non ho potuto dirlo all’esaminatrice.

Maria Chiara Amari

Gli allievi della Scuola di specializzazione del *Ruolo Terapeutico* di Milano e Foggia sono tenuti a presentare, al termine di ogni anno accademico, un elaborato riferito alla propria esperienza formativa. All'interno di questo spazio ne ospiteremo alcuni.

Caso clinico

**Alessio
Tortorella**

L'amore ha l'amore come solo argomento.
(Fabrizio De André, *Dolcenera*, 1996)

A conclusione di questo mio iter formativo non ho avuto dubbi sulla scelta della paziente di cui descrivere il percorso terapeutico. Il caso di Michela potrebbe per certi versi considerarsi "semplice" nella misura in cui sembra richiamare quasi direttamente tematiche primordiali, edipiche, di conflitto erotico-aggressivo, eppure è un caso a cui sento di dovere molto proprio perché mi ha permesso di andare così "semplicemente" vicino ai temi più profondi che come psicoterapeuti siamo chiamati a maneggiare, ovvero *Eros* e *Thanatos*, l'amore per la vita in tutti i suoi istanti o la sua negazione. È inoltre la paziente che seguo da più tempo e, come emergerà, il suo percorso evolutivo sembra sia andato di pari passo con il mio di terapeuta e per questo non posso che ringraziarla per la pazienza che ha per avermi dato la possibilità di commettere e poi perdonare i miei errori, così preziosi se si vuole abbandonare quell'ideale di terapeuta perfetto e pensarsi finalmente *persona* nel ruolo di terapeuta.

Michela arriva a me inviata dal tutor nell'ambito del tirocinio ospedaliero, a maggio 2019, quindi verso la fine del mio primo anno di scuola. Fissiamo il primo appuntamento tramite messaggio. Si presenta in reparto con anticipo e all'uscita del paziente precedente vedo seduta in corridoio una "bella ra-

gazza” - così era stata definita dal mio tutor - di circa trent’anni - ventotto all’epoca - bionda, statura media, coi capelli ricci, pelle chiara, occhi azzurri. *Colori freddi* è la riflessione che sintetizza la mia sensazione di quel momento.

Michela si accomoda e mi racconta di essersi rivolta al servizio di Psicologia Clinica perché da un po’ di tempo ha degli attacchi di ansia molto forti. *Non è molto contenta di doversi sottoporre a un trattamento psicoterapeutico ma sa che è per il suo bene perché anche altre persone hanno fatto questo percorso e ne hanno tratto beneficio, quindi è disposta e determinata a sottoporsi a questo sacrificio.* Questo sarà uno dei tanti elementi che, nonostante muovessero emozioni dentro di me, non sono riuscito subito a cogliere, tantomeno a elaborare e riportare all’attenzione della paziente. Come emergerà, gli stessi elementi sono stati portati ripetutamente dalla paziente, in forme diverse oppure talvolta addirittura con le medesime parole, finché non siamo diventati capaci di riconoscerli, pensarli, coglierli - o forse meglio accoglierli - ed elaborarli insieme costruendo su quelli lo scambio relazionale e il percorso terapeutico.

Un altro aspetto importante che non sono riuscito a cogliere subito ma che al contrario ho acquetato rispondendo “alla domanda” è quello della paranoia. La paziente mi pone già nella prima seduta davanti ad un dubbio: ha fatto ricerche su di me e visto tra i miei amici Facebook una sua collega. Michela lavora in un negozio. Non ha molta stima di questa persona e teme che, nonostante sia consapevole del segreto professionale, questo potrebbe mettere a rischio la sua privacy. Ricordo molte emozioni relative a quel momento: l’imbarazzo per essere stato “spiato” nella mia vita privata, una forma di rabbia e lusinga al tempo stesso per l’attenzione ricevuta e inoltre si ripete la sensazione di *forzatura*, ovvero, come nell’ambito precedente, l’esistenza di due elementi contrapposti: una sensazione emozionale spiacevole che dovrebbe distoglierla dal fare una cosa - il trattamento terapeutico e il fastidio di scoprire una conoscenza comune - e una ragione cognitiva per farla, ovvero il beneficio della terapia e la consapevolezza del segreto professionale. Insomma, la necessità di autorizzarsi qualcosa, in questo caso la terapia della quale sarebbe stato utile forse interrogare l’immaginario e il significato per la pa-

ziente, solo in virtù di una ragione pratica necessaria in cui è stata precedentemente negata tutta la parte di desiderio, erotica e vitale. Le rispondo ancora alla domanda, confermando il segreto professionale e che la ragazza in questione non è una mia frequentazione assidua ma una vecchia compagna di scuola. Oggi ripenso a quanto tutto questo ricco materiale emotivo poteva già essere colto e quanto ero ancora impreparato a farlo.

Un terzo elemento che riporta a una dominanza dell'aspetto razionale e normativo è la sua richiesta di cosa io ne pensassi del risultato del test diagnostico a cui si è sottoposta in reparto, dal quale si è evidenziato un disturbo d'ansia. Rispondo ancora alla domanda dicendo che il test evidenzia qualcosa che lei stessa sta riportando tramite un vissuto soggettivo e che forse è su quella soggettività che dovremmo soffermarci, piuttosto che cercare di *oggettivizzare* la situazione e risolvere la sua sofferenza *fuori* dalla storia. Eppure, avrei potuto cogliere ancora una volta il desiderio della paziente, quello di farsi leggere o forse d'incontrare un'altra persona che però necessitava di uno spostamento su un piano esterno, prudente e mediato come il risultato di un test.

Un cardine del percorso terapeutico di Michela emerge dunque sia nei contenuti della seduta che nei miei vissuti soggettivi: una tensione erotica negata, qualcosa immediatamente anticipato dalla mia sensazione di colori freddi, ma che si imporrà all'attenzione in vari modi e sarà altrettanto risolutivo di alcuni nodi, una volta raggiunta la possibilità mia e della paziente di vedere e accogliere le parti negate.

Nel corso delle prime sedute Michela mi racconta di venire da una famiglia semplice, padre operaio, madre casalinga, una sorella più piccola di due anni e un fratello di quattro. Dice di avere una vita sentimentale che definisce libera e normale, ma di non riuscire a legarsi a una persona per molto tempo perché scopre che gli uomini sono infantili e ne rimane delusa. La storia più lunga è stata quella avuta in età adolescenziale, durata circa tre anni, ma anche da questo ragazzo è rimasta alla fine delusa perché non si sentiva compresa e lo vedeva semplice e immaturo. Attualmente frequenta un uomo di alcuni anni più grande di lei, la relazione è basata quasi

esclusivamente sull'incontro sessuale, senza particolari prospettive di coppia; ha tuttavia da poco scoperto che quest'uomo è fidanzato, si sente ferita e arrabbiata e pensa che smetterà di vederlo.

Racconta inoltre che da circa due anni ha preso la decisione di diventare autonoma, provvedere a se stessa e andare a vivere da sola, nonostante questo le costi denaro e sia un passo non usuale nella sua cultura, in cui una ragazza solitamente esce di casa solo in conseguenza del matrimonio, diversamente rischia di apparire eccentrica oppure *poco seria*. Il motivo principale di questa scelta riguarda i conflitti con il padre, sorti già all'epoca del primo fidanzato. Intorno ai sedici anni il padre, venuto a sapere della relazione, ha iniziato ad avere atteggiamenti protettivi e censori, si opponeva con modalità volgari e violente al fatto che lei uscisse, faceva apprezzamenti sul suo abbigliamento considerandolo troppo succinto e provocante, e in maniera sempre più frequente i litigi che ne scaturivano portavano anche a scontri fisici tra i due. L'elemento determinante è stato scoprire che nel bagno il padre aveva effettuato fori dai quali spiarla. Arrabbiata per questa scoperta è ricorsa alla madre che, pur riconoscendo l'accaduto, ha giustificato il padre sminuendo la cosa. Con la madre riferisce di avere un buon rapporto di affetto e confidenza, tuttavia ritiene di essere arrabbiata con lei per il fatto di non aver preso le sue parti in questa vicenda, e comunque di essersi sempre mostrata debole davanti alla prepotenza e all'insensibilità del padre che lei ritiene avesse altrettanti comportamenti violenti anche con lei, tali che avrebbe dovuto lasciarlo. La stessa inoltre soffre di una malattia degenerativa che la porta a essere fragile e cagionevole.

Avvengono nel corso delle prime sedute due episodi che considero dei veri e propri *acting in*, particolarmente significativi nel mostrare una tensione erotica fortemente dissociata.

A causa di una indisponibilità della solita stanza usata in reparto, ci collochiamo in un'altra stanza ai due lati di una scrivania con un piano in vetro. È estate e Michela ha un pantaloncino estremamente corto che mostra interamente le gambe. Il mio vissuto è fondamentalmente di fastidio. Mi sento infatti come se mi venisse spiattellata in faccia una nudità,

che però non percepisco affatto come erotica, ma aggressiva. In una seduta precedente Michela aveva parlato della rabbia che lei provava per le aggressioni del padre e per le censure che lui cercava di imporle, che innescavano una lotta fra i due. Aveva rivendicato, in quanto donna libera, il suo diritto a uscire vestita come le pareva, che con il caldo si sentiva comoda a usare pantaloni corti e le dava fastidio se passando davanti, per esempio, a un gruppo di operai a lavoro, riceveva fischi e apprezzamenti. Stava dunque ponendo anche me, come il padre o come qualunque altra controparte del possibile dialogo erotico, in una castrazione, una dimensione impossibile poiché, dato il mio ruolo, non avrei mai potuto permettermi di rispondere a un suo stimolo erotico. In questo, mi sembra di vedere che ci sia stata da parte mia una totale collusione: non solo ho agito ma anche sentito da terapeuta rispettando il limite, cioè ho riportato dentro di me, anche sul piano del sentire, la regola dell'astensione, vivendo la censura attraverso una dissociazione erotica che mi ha tolto la libertà di interrogarmi su ciò che stava avvenendo. Ho dunque aderito in toto alla posizione della paziente che vuole una controparte mascolina castrata perché la *sua* componente mascolina possa rimanere potente e controllante. Ripensando oggi a quel passaggio, ne intuisco il potere terapeutico se fossi stato capace di sentire come persona e rispondere come terapeuta, se mi fossi concesso cioè di percepire l'aggressività senza lasciarmi spaventare, se avessi potuto accogliere la dimensione erotica dissociata della paziente chiedendole perché, anziché concedersi una seduzione femminile, erotizzasse invece la castrazione, mettendo l'altro nella posizione di essere esposto a ciò che è vietato.

Spesso a scuola diciamo che nella prima seduta, se non addirittura nei primissimi scambi anche telefonici con i pazienti, è riconoscibile la loro intera struttura relazionale che, costituendo la dimensione relazionale intrapsichica del paziente, viene ripetuta su scale diverse: dal contatto telefonico alla prima seduta e poi durante l'intero percorso terapeutico, fino alla scala più ampia possibile che comprende l'intera vita personale o generazionale. Questo finché non interviene una relazione *correttiva*, come dovrebbe essere quella terapeutica, a sciogliere

la coazione a ripetere, dando voce a questo scambio relazionale intrapsichico, permettendolo a livello inter-psichico nella dinamica transferale attraverso l'esperienza emozionale correttiva. Il termine *correggere* credo che abbia un grosso potere chiarificatore per noi terapeuti del Ruolo, forse proprio perché gioca nell'ambivalenza. Se nella nostra modalità terapeutica riteniamo un valore la non esistenza di un assoluto di giustizia dell'essere, allora rispetto a cosa il paziente dovrebbe correggersi? Rispetto a un conflitto interiore, mi verrebbe da dire, che le parti oggettuali operano nel profondo del suo inconscio e che invece possono allearsi e allinearsi sinergicamente verso un sentito comune e complementare, possono *cum-regere*, cioè andare insieme. Questa credo che sia, nella sua dimensione più profonda, la trasformazione della dinamica psichica da conflittuale in amorosa, da aggressiva a erotica. Entrambe le dinamiche sono sempre interiori e la relazione terapeutica serve a vederle fuori di sé, a un livello più riconoscibile ma transitorio, per cambiarle dentro, su un piano più profondo, sottile ma permanente. Dunque, due parti che da conflittuali cercano di diventare complementari, di unirsi generando *vita* nella dimensione psichica o nella dimensione relazionale. E ripenso all'intensità del romanzo *Le correzioni* di Jonathan Franzen in cui, come spesso accade nei grandi scritti, le dinamiche sono leggibili tanto su di un piano interpsichico tra i personaggi come su uno intrapsichico, una sorta di narrazione delle dinamiche tra le parti oggettuali che lottano da una parte per la sopravvivenza autonoma come parti *individue* e dall'altra per fondersi insieme in una relazione amorosa, sia essa amicale, familiare o coniugale, senza tuttavia sapere ancora come mediare tra le due direzioni, procedendo per aggiustamenti tra le due polarità, cercando durante il percorso di correggere la direzione delle proprie vite per raggiungere questo equilibrio erotico e amoroso, generativo di una vitalità sana - intrapsichica o relazionale - senza alcuna differenza.

Questo, dunque, avveniva probabilmente nella storia familiare di Michela ed è divenuto psico-dinamica all'interno di Michela, trovando espressione nella dinamica inter-relazionale tra lei e suo padre, poi con gli Altri, sino a me. E poi anche tra me e il gruppo di supervisione.

Ho infatti portato tutti questi vissuti, in forma confusa e poco consapevole, al gruppo di supervisione, che mi ha innanzitutto rimandato fortemente il non sentire. Ricordo che le emozioni che il gruppo esprimeva erano principalmente diffidenza e rabbia, accusandomi di riportare il caso *troppo di testa* e di portare e negare nello stesso tempo le parti più emotive e primitive di rabbia ed eros. Più di tutte mi rimase impressa una collega che chiamò Michela *una ninfetta che prima provoca e poi nega candidamente la provocazione sessuale*. Ricordo che associi il termine ninfetta alla *Lolita* di Nabokov, a quanto quel romanzo è capace di proiettare il lettore in un vortice di erotismo e di censura proprio attraverso un racconto emotivamente dissociato, una preventiva negazione dell'eros che abbassa le difese del lettore e lo induce a vivere una forte tensione erotica e allo stesso tempo a scandalizzarsi per ciò che sta provando, sollecitando meccanismi di censura, castrazione e disgusto di volta in volta indirizzati al protagonista, allo scrittore o a se stesso, nella misura in cui si concede di sentire e identificarsi. Dunque, se la censura superegoica è troppo forte, per uscire da questo vortice, il lettore può decidere di ricorrere all'apatia e alla dissociazione, ponendo uno schermo trasparente ma invalicabile, attraverso cui far passare solo la storia, epurata dai vissuti emotivi, tanto da renderla insipida, noiosa e insignificante. Esattamente tutto quello che stava avvenendo tra me e Michela. La frase della collega mi provocò molta rabbia, come se la parte erotica che io mi ostinavo a non sentire fosse stata in quel momento scoperta e svelata alla coscienza, come se non potessi più nasconderla a me e in quanto terapeuta, anche a Michela.

Nelle sedute successive ricordo i miei tentativi maldestri di cogliere questa dinamica, provando a interrogare altri elementi che inevitabilmente emergevano in forme diverse, eppure la sensazione era di giocare sempre e soprattutto su un piano cognitivo e non saper scendere su un piano relazionale più profondo, affettivo e psicodinamico.

Il secondo elemento che si rivelerà cruciale accadde nel corso di una delle prime sedute, la richiesta da parte della paziente di darci del *tu*. Anche questo episodio è diventato dentro di me un punto di riferimento quando penso all'utilità

delle cosiddette “maniglie” del setting. Non fui infatti capace di analizzare la richiesta, probabilmente perché paralizzato da quel turbine silenzioso di seduzione e aggressività, ma abbozzai una risposta impacciata in cui negavo questa possibilità perché *il lei ci consente lo spazio relazionale in cui esprimere le emozioni che sorgeranno*. Non sono sicuro di aver usato esattamente queste parole, ma sono certo che furono ugualmente cognitive. E ricordo bene anche la mia sensazione, confermata dalla paziente poco tempo dopo, che Michela stesse vivendo in quel momento un misto di rabbia per la frustrazione del suo tentativo di seduzione e di sollievo per il fallimento dello stesso, tale da farle percepire quel contesto relazionale come *sicuro*.

Dunque, maldestramente e dopo un po' di tempo, sono riuscito in qualche modo a strutturare un setting esterno e interno, una struttura che ha permesso di accogliere gradualmente altri elementi con maggior profondità. Ho cominciato a essere capace di riconoscere di volta in volta i movimenti di seduzione e negazione, riportandoli alla paziente sia nella dimensione intrapsichica che in quella intersichica della relazione con me.

In prossimità delle vacanze estive, ad esempio, la paziente mi *rimproverò* del mese in cui non ci saremmo visti. Il mio invito a riconoscere una parte erotica, ovvero di legame, desiderio e piacere, passò tramite una primitiva forma di ironia e di provocazione.

- Intende dire che in questo mese prevede che le mancherò? -
Chiesi serio.

- Non lei, il fatto di venire qui, ho paura di avere l'ansia e non posso venire qui. È successo altre volte che sono mancata agli incontri e ho notato che poi stavo peggio. Ora non ci vedremo per un mese, se mi viene l'ansia come faccio?

- Quindi sta dicendo che non le mancherò come persona, ma come funzione. Quindi io o un altro sarebbe la stessa cosa?

- Sì, cioè, io con lei ho iniziato questa terapia, mi trovo bene. Ma non è che mi mancherà lei, ho paura di avere attacchi di ansia e non avere il supporto che mi serve, non mi sembra corretto mancare per un mese.

- La ringrazio, è la prima volta che mi comunica un apprezzamento. Anche se lo fa solo mentre si arrabbia con me. È quello

che fa anche con le persone cui vuole bene? Tiene per sé il bene e lo esprime solo quando si arrabbia?

- Certo, io mi comporto bene con le persone e se prendo un impegno lo mantengo. Mi arrabbio molto se una persona viene meno ai suoi.

In quella seduta mi resi conto di aver permesso di dar voce alla dimensione erotica. Probabilmente la sensazione di allontanarci per un mese aumentò - in entrambi? - la paura di perdersi e allo stesso tempo l'audacia, proprio perché saremmo stati protetti dalla lontananza.

In quell'estate Michela inizia a consolidare una nuova relazione cominciata qualche mese prima con un ragazzo della sua stessa età, separato e con una figlia. Per un po' si erano visti come amici e andavano spesso a letto insieme e mentre lui provava a portare la relazione su un piano affettivo, lei si ritraeva. Allo stesso tempo però lo accusava di non essere affidabile per varie piccole inezie come non rispondere rapidamente ai messaggi o uscire con gli amici mentre lei invece decideva di restare a casa e negava che tutto questo fosse frutto di desiderio o gelosia e lo attribuiva alla mancanza di correttezza. Al ritorno dopo l'estate Michela mi porta una serie di rimproveri per alcuni momenti in cui è stata in ansia mentre allo stesso tempo mi racconta di quelli rivolti al suo "non-fidanzato".

Il filone intrapreso prima dell'estate sembra essere una buona strada e vado avanti, non senza impacci. Porto spesso, infatti, Michela a riflettere sulla modalità anaffettiva e inquisitoria, sulla modalità paranoica verso chi di fatto invece le dimostra affetto, presenza e disponibilità. Allo stesso modo le faccio notare la sua ambivalenza nei confronti della terapia e provo a suggerirle che io non sono soltanto una funzione ma una persona verso la quale lei proietta una serie di emozioni.

L'aspetto *persona*, infatti, è quello da lei erotizzato in una dimensione inaccettabile, tanto da diventare schizoparanoide, portandola a scindere e negare quella parte più umana e relazionale in favore di una dimensione totalmente basata sul ruolo, assoluta, cognitiva, apparentemente anaffettiva, funzionale e priva di eros.

Un giorno, probabilmente in seguito a miei movimenti interiori incoraggiati dalle supervisioni e dalla terapia personale, ho la sensazione di riuscire a intercettare il solito inizio della seduta e a muovermi nella dinamica allucinatoria insieme con lei.

- Anche oggi sono venuta qui, ma non ne avevo proprio voglia.
- Perché mai?
- Come le ho detto altre volte, qui devo pensare alle cose che mi fanno stare male.
- Deve?
- Sì, altrimenti che vengo a fare?
- Forse qui *deve* pensare alle cose che la fanno stare male perché non *vuole* pensare alle cose che la fanno stare bene. C'è qualcosa qui che le piace?
- No, le ho detto che non ne ho voglia, ma se voglio stare bene devo farlo anche se non mi piace.
- Non potrebbe essere spaventata dal fatto che venire qui le piace e preferisce pensarlo come un dovere?
- Che significa?
- A volte, quando abbiamo fatto questa stessa conversazione, le chiedo perché continua a venire da me anche se non ne ha voglia e lei mi dice che è perché mi ritiene valido e che quando parla alle sue amiche racconta di avere un bravo terapeuta. Forse non vuole venire perché le piaccio.
- Sì, ma non lei, nel senso che mi trovo bene come terapia! - Dice arrossendo vistosamente.
- Certamente, io qui sono il suo terapeuta ma sono anche una persona, non crede? Perché sente il bisogno di specificare?
- Perché non capisco che significa, io non la considero una persona, lei è il mio terapeuta! - Dice quasi arrabbiandosi.
- Mi sembra che si stia agitando molto, cosa sta succedendo?
- Lei mi vuole far pensare che mi piace come persona, io invece vengo qui per fare terapia. - Più ritrosa, ma arrossendo ancora.
- Io voglio farle pensare o lei pensa?
- Non posso dirle che mi piace come persona, lei è il mio terapeuta!
- Non può o non vuole?
- Non posso perché non la considero una persona normale!
- D'accordo. Ma come mai? Mi chiedo se pensarmi come una persona per lei rappresenti un pericolo. D'altronde mi racconta che nelle relazioni anche professionali, riceve spesso delle fastidiose avances. Anche in questo caso teme che ci possano essere delle avances?

- No, dottore, io non penso che lei mi possa fare delle proposte.
- Io no. Ma teme che potrebbe farle lei?
- No!
- Però ha paura che io faccia su di lei gli stessi pensieri che lei fa su di me.
- Michela arrossisce - Sì, a me è capitato di fare pensieri su di lei, soprattutto in passato. Cioè, c'è stato un periodo in cui avevo paura che lei come tutti avrebbe cominciato a farmi delle avances, ma poi mi sono detta che lei è il mio terapeuta, non può.
- Non sono sicuro di aver capito, lei ha fatto pensieri in cui mi faceva avances o in cui io ne facevo a lei?
- Prima. All'inizio mi sono accorta che facevo dei pensieri sessuali, ma poi mi sono detta che era normale.
- E lo è?
- Cosa?
- È normale avere pensieri sessuali?
- Sì...
- Allora perché si spaventa?
- Non lo so, perché questa è una terapia.
- Sì, è una terapia in cui possono emergere delle emozioni e possiamo vedere insieme cosa succede. Ad esempio, che quando lei si sente coinvolta in una relazione può provare attrazione sessuale, ma si spaventa, magari fa confusione e non comprende se il desiderio sta nella sua testa o in quella dell'altro.
- Sì, a me succede sempre che inizio ad avere pensieri sessuali e non so se sono solo io o è anche l'altro. Poi capita sempre che a un certo punto ci provano con me, allora mi dico: "Vedi?". E questa cosa mi fa sentire perseguitata. Ma è vero dottore, come nel caso del mio collega che le ho raccontato, oppure del cliente che mi seguiva fin sotto casa e l'ho dovuto denunciare...

Mi trattengo dal dire: "Come suo padre che la desiderava e la spiava in bagno?". Non so se sarebbe stato appropriato suggerirlo alla paziente, ma in quel momento mi sentivo frastornato da questo corpo a corpo e soprattutto sentivo che la scoperta che la paziente aveva fatto in merito ai suoi pensieri aveva aperto una breccia nel dubbio e sulla possibilità che fossero i *suoi* pensieri a essere giudicati da lei stessa inappropriati e persecutori, tanto da doverli proiettare sull'altro.

La seduta proseguì tra silenzi e altri argomenti che giudicai diversivi o comunque meno rilevanti. Seppure al termine della seduta la tensione si era abbassata molto, ricordo che

dopo l'uscita della paziente ero ancora abbastanza imbarazzato, frastornato da una vicinanza troppo reale, eccessiva. Il pensiero fu di aver mosso, forse maldestramente ma per la prima volta, dei passi *nella* relazione, anziché cognitivamente intorno a essa, di aver partecipato a una dinamica quasi delirante, psicotica, allucinatoria, almeno fin dove io potevo tollerare. Mi resi conto di aver realizzato un vero e proprio *enactment*, una sorta di delirio a due. Ricordo anche la sensazione di aver toccato qualcosa di sporco in maniera pulita e questo fu rassicurante e molto utile nel percorso successivo, tanto che a un certo punto divenne una metafora condivisa con la paziente. La sensazione era vivida e allucinatoria per me, come se nel contatto relazionale con la paziente avvenisse un processo esattamente inverso, si potrebbe dire regressivo, rispetto alla sua storia psichica; come se contattarsi in maniera pulita riuscisse a rendere accettabile quel contatto. Tutto quello che era stato sporcato o contaminato da un contatto con e tra i pensieri della paziente - modalità relazionale del padre, per esempio, a prescindere da un reale contatto abusante - in un'epoca psichica in cui lei non aveva la possibilità di elaborare una modalità di questa intensità, se non difendendosi in maniera dissociativa, proiettiva e allucinatoria. In fondo, un modo di vedere la psicodinamica della paziente è proprio la metafora della contaminazione, un pensiero sessualizzato che non ha una sua pelle, una sua dignità autonoma, dove la sessualità può considerarsi una delle tante parti legittime dell'eros. Resta invece una parte indefinita, spuria, che sporca tutto ciò che tocca, diventando persecutoria tanto da dover essere messa in un angolo buio come una bestia pericolosa. Metafora, quest'ultima, che praticamente inaugura un'attività onirica della paziente molto prolifica.

Da quel momento, infatti, la paziente inizia a portare diversi sogni, a volte anche più di uno a seduta, spesso tormentati, non propriamente incubi, ma sostanzialmente ansiosi. In generale, mi sembra che la paziente mi stia portando qualcosa e nei fatti prosegue in quella possibilità di condividere con me parti sempre più intime e profonde di sé, e attraverso il sogno abbia trovato una modalità lecita di farlo. Nonostante questa sensazione, ricordo che la mia posizione restava in una sorta

di limbo, era difficile per me avere una visione transferale dei sogni e le interpretazioni in cui provavo a guidare la paziente, avevo io stesso la sensazione che fossero sempre più intellettuali che relazionali.

Un esempio di sogno fu questo:

Ero nell'androne del mio palazzo, mi sentivo tranquilla ma sapevo che c'era qualcosa che non andava. Alla mia destra c'era la cassetta della posta e invece a sinistra una porta che dava nella cantina. Davanti a me c'erano le scale e un gatto. Io decido di salire, non volevo rimanere lì, potevo prendere l'ascensore ma decido di salire insieme con il gatto. Sopra c'era casa mia, non dove abito ora, ma quella dei miei, ma appena arrivata in terrazzo ci sono i miei, vedo mio padre che beve qualcosa e improvvisamente cado e mi ritrovo nel giardino di un signore che abita a piano terra, che si comporta in maniera un po' burbera ma non mi vuole cacciare. Io però mi sento offesa e decido di andare via e lui ci rimane un po' male.

Il sogno è particolarmente ricco di elementi che torneranno: la casa, il salire o scendere, porte chiuse, figure maschili ambivalenti, animali irrequieti o minacciosi. In questa prima, maldestra, lettura ricordo che la paziente diede risalto alla sensazione di "non voler rimanere lì". C'era infatti qualcosa da cui voleva andare via, tra la posta che "mi porta informazioni" e qualcos'altro che si celava in cantina, "forse un mostro, un cane pericoloso". Lei decide di salire, seguendo il gatto, che ricorda "aveva uno sguardo calmo", cosa che ipotizziamo sia una sua modalità, quella di andare verso una parte più cognitiva che apparentemente la calma. Anche salendo però si trova davanti alla sua storia, alla famiglia, al padre e in modo repentino e irrazionale - come nell'ambivalenza che caratterizza il venire in terapia - si trova catapultata in casa di un uomo "un po' burbero che però non la vuole cacciare". Forse il suo terapeuta? Una figura maschile che non la vuole cacciare ma nemmeno esprime l'accoglienza che vorrebbe e questo l'offende?

Avevo la sensazione che probabilmente ci doveva essere un contenuto transferale, che tuttavia non riuscivo a cogliere. Questa mancanza da parte mia nel non sentirlo, né di riuscire ad accoglierne e condividere con lei il peso per proseguire in

questo processo di regressione e ripulitura, mi procurava un forte senso di colpa.

Quando ripenso oggi a quel periodo, ho la sensazione che a circa un anno e mezzo dall'inizio della terapia fossimo esattamente alla metà del percorso, non solo temporalmente ma proprio nella terra di mezzo: la paziente aveva sentito che c'era spazio per un eros non pericoloso né incestuoso o necessariamente sessualizzato, ma non riuscivamo a stare davvero nella relazione, in aderenza con tutte le parti emotive di volta in volta coinvolte.

La paziente, seppure ancora in maniera altalenante, inizia a portare nelle sedute - o a concedersi di portare - sempre maggiori miglioramenti: la relazione con il nuovo ragazzo è diventata stabile e hanno deciso di essere una coppia e stanno pianificando di andare a vivere insieme mentre nel negozio sta acquisendo mansioni di maggiore responsabilità. Sono miglioramenti reali o un modo per sedurmi? Questa domanda, verosimilmente quasi del tutto mia, determina forse un movimento solo in parte inconsapevole, per affrettare i tempi di guarigione e, in un modo o nell'altro, mandare via la paziente. Ero ansioso di dimostrare di essere un buon terapeuta chiudendo il percorso in un momento positivo? Mi sono spaventato perché la paziente oltre a dirmi a parole che ero un bravo terapeuta me lo stava facendo vedere? Si stava avvicinando troppo? Tutto questo non fu chiaro nella mia testa né totalmente oscuro. C'era una sorta di blanda sensazione che giustificai a me stesso come semplicemente la voglia di fare qualcosa per rendere visibili i progressi del suo percorso.

Di fatto, verso novembre 2020 ci fu da parte mia un movimento che creò una difficoltà nel mantenere la posizione in questa terra di mezzo, rispettando i tempi della paziente e i suoi movimenti. Spesso mi scappava di darle del tu, tanto che un giorno le feci notare questa cosa e le chiesi se potessi darle del tu. Nella mia mente, nonostante fosse passato un anno e mezzo, era ancora presente uno dei primissimi scambi in cui, a parti inverse, era stata lei a chiedermi di darci del tu. Con mia sorpresa, la paziente mi dice che se voglio posso farlo ma lei non si sente comoda a darmi del tu. Ero io ora a metterla in una posizione scomoda, era un mio movimento, non della

paziente, quello di avvicinarmi, senza peraltro poterne spiegare veramente i motivi. Ero io ora, in realtà, a fare un movimento seduttivo? All'epoca lo commentai con la paziente intellettualizzando tutto il movimento, provando a vedere con lei i suoi progressi e la possibilità di integrarli con un contatto più "umano". Credo che commisi simbolicamente un abuso, precorrendo i tempi, antepoendo le mie ansie di guarigione, di fuga o di relazione adulta, poco importava, di fatto stavo simbolicamente commettendo qualcosa di grave. Mentre la relazione stava muovendosi da un eros sporco o mortifero, regredendo verso una posizione non erotica per riguadagnare ad ogni giro una possibilità di eros vitale, avevo cercato di anticipare i tempi ripetendo quindi il "trauma" originale, cioè l'incursione del desiderio di altri in una psiche ancora immatura per non sentirsi in pericolo, sporcata o contaminata da quel desiderio. Mentre il desiderio della paziente stava costruendo la sua pelle io pretendevo di farle contattare quello di altri, mentre provava a riprendersi da una posizione di eros infantile totalizzante, io pretendevo che lo vivesse in maniera mediata e adulta. Rischiavo in sostanza ai suoi occhi di cedere alla sua seduzione infantile dalla mia posizione adulta. Ciò che oggi mi sembra eclatante ed evidente, all'epoca si svolse quasi in sordina ma con una precisione chirurgica. Nel giro di tre sedute la paziente mi disse che sentiva di aver raggiunto risultati soddisfacenti, di avere l'ansia sotto controllo, di stare bene con sé stessa e il suo compagno con cui, grazie anche al lockdown, ormai conviveva. Quindi mi comunicava che avrebbe terminato le sedute. Io accolsi la notizia con diffidenza ma sollievo, entrambe sensazioni che avrei dovuto decisamente interrogare, cosa che feci limitatamente nell'ambito della terapia personale e più apertamente durante le supervisioni a scuola, soprattutto quando la paziente a gennaio mi ricontattò per riprendere gli incontri. Durante le supervisioni mi colpì molto quanto il gruppo mi rispecchiò il *fare* relativo al movimento di darle del tu e le relative costruzioni intellettuali che adducevo. Questo fu probabilmente ciò che mi permise di avvicinarmi ancora di un altro gradino alla mia possibilità di stare con me stesso, con la mia ansia, col desiderio e con le parti corrispondenti della paziente.

Michela mi racconta che l'ansia era tornata, le feste di Natale probabilmente non avevano facilitato le cose e si sentiva delusa di non avercela fatta da sola. Sentii forte la tentazione di "spiegare" subito a Michela tutto ciò che avevo ipotizzato rispetto alla dinamica che si era innescata, ma sentii più forte invece la voglia di tenere per me ciò che non apparteneva a quello che lei mi portava nel momento. Sentii invece che riuscivo a stare di nuovo con lei, con l'idea di fare a meno di me, la sensazione di taglio netto che aveva deciso di imporsi, la sensazione di spaesamento e di mancanza che aveva provato e la delusione per se stessa per aver ceduto alla necessità di tornare. O al desiderio? Seduta dopo seduta, la mia sensazione era quella di aver prima perso velocità in salita ma poi di aver ingranato una marcia più bassa e di star riprendendo aderenza. Avevo la sensazione che fossimo a un livello più profondo di comunicazione, dove le fantasie di autosufficienza grandiosa della paziente iniziavano a fare i conti con la delusione o depressione in senso kleiniano e con l'accettazione di una posizione relazionale.

Gradualmente, spesso grazie ai sogni, la paziente ebbe una serie di *insight*, rispetto ai suoi movimenti di avvicinamento e allontanamento, di desiderio e fuga. Le fantasie di onnipotenza che aveva fatto decidendo di andare via di casa e poi ritrovandosi sola avevano dato inizio ai suoi attacchi d'ansia che l'avevano portata da me. Allo stesso modo aveva fantasmato di uscire dalla terapia con me e si era sentita molto sola e aveva avuto momenti di forte ansia e angoscia. Allo stesso modo aveva deciso di allontanarsi prematuramente dal padre? Dal suo desiderio di bambina? Andiamo per ipotesi che emergono da quello che porta in ogni seduta. Dopo qualche tempo, emergendo nuovamente il tema dell'interruzione passata, provo a ipotizzare con lei che sia stata una conseguenza del mio eccessivo avvicinamento chiedendole di darci del tu. Lei mi dice, con molta sorpresa, addirittura di non ricordare l'episodio. Eppure, da quel giorno le sto dando del tu. Restando nell'ipotesi che questa vicinanza non richiesta fosse stata eccessiva e avesse innescato in lei processi di paranoia e fuga ben conosciuti, le chiedo scusa. Quel momento sembra catartico, come se a un mio ipotizzare quella dinamica corrispon-

desse il suo pensarla e riconoscerla. E soprattutto al mio scusarmi potesse corrispondere un suo sentirsi meno minacciata e una maggiore possibilità di stare in relazione. Parliamo di tutto questo durante le successive sedute.

Michela inoltre continua a portare molti sogni, che inizia anche a interpretare in maniera sempre più autonoma. Soprattutto trae grande piacere e soddisfazione in questo, cosa che non le rispecchio subito, ma quando ho la sensazione che possa non spaventarsi di quel rispecchiamento.

Uno dei sogni più emblematici si svolge nella sua cameretta di bambina. Il padre è sul letto e la invita ad andare a letto con lui. Sa che il padre vuole invitarla al sesso ma resta calma e pensa che non ci andrà. Si siede sul letto ma nello stesso tempo si preoccupa della gente intorno e di quello che può pensare, del fatto che non capiscono e viene presa da una fortissima ansia tanto da svegliarsi.

Gli strumenti che Michela accoglie di più per interpretare i propri sogni sono i passaggi tra l'alto e il basso - il livello cognitivo e quello emotivo - il presupposto che ogni personaggio del sogno sia una parte di sé e la riflessione su quali parti, già nella costruzione del sogno, si concede di riconoscere come sue e quali no. Inoltre, prova molto piacere nel riconoscere le emozioni nei vari passaggi dei sogni, quali restano vive pur preservando il sonno e quali invece la turbano tanto da interromperlo. Spesso le sedute si aprono con le riflessioni sulla settimana, proseguono con un sogno e la stessa interpretazione diventa una chiave per decodificare la realtà che ha portato all'inizio della seduta o ancor di più per riconoscere la dinamica nella relazione tra me e lei.

Qualche tempo dopo, ad esempio, dice di aver riflettuto molto e ha deciso di darmi anche lei del tu. Interrogata su questo movimento, dice di sentirsi meno angosciata nella possibilità di immaginarmi una persona, che effettivamente la terapia va avanti da molto e pensa di poter sopportare questa possibilità. Nella stessa seduta porta un sogno in cui c'è una scena sessuale che non ricorda esattamente; dice però di essersi svegliata un po' agitata, anche se comunque si sentiva bene. Nelle riflessioni che porta mi dice che forse inizia ad accettare la possibilità di sentire di più il contatto con le sue

emozioni. Le chiedo inoltre se sente che questo ha a che fare anche con me, eppure lei non fa nessun collegamento con la possibilità di avvicinamento espressa nella prima parte della seduta, se non dopo un certo tempo di riflessione e una certa diffidenza verso le sue stesse intuizioni.

Dal canto mio, ho la sensazione che questa dinamica si ripeta su vari livelli. L'atteggiamento di Michela in seduta è sempre più rilassato, porta sogni sempre più "audaci" in cui c'è spesso una parte aggressiva e una parte timorosa che lentamente si avvicinano e invertono la loro potenza: la parte aggressiva diventa meno spaventosa mentre quella timorosa diventa prima indifferente, poi sempre più intraprendente. Capita che io le rimandi che la sua attività onirica è molto prolifica e che noto che prova piacere nel mostrarmi i suoi sogni, la sua capacità di interpretarli e di mostrarmi questo piacere. Michela non nega, talvolta sembra addirittura mostrare un abbozzo di malizia e di civetteria. Arrossisce, ma non si tira più indietro davanti a questi discorsi né tenta di riportarli su un piano totalmente intellettuale. Mi sembra di essere entrati in una fase di godimento esibizionistico in cui Michela inizia ad accettare e a godersi la sua parte erotica. Quanto più si mostra e si sente vista mentre io rimango ricettivo ma inerte, tanto più misura la sua possibilità di concedersi a se stessa, attivando sempre meno paranoie persecutorie. Inizia a portare inoltre con una certa frequenza il tema del dopo: mi chiede se risolverà definitivamente, ha paura - o desiderio? - di restare invischiata in una dipendenza da me; forse perché ancora crede di potersi concedere la parte erotica solo in quello spazio protetto? Ormai, le rimando, *siamo* diventati capaci di dialogare a un livello di possibilità erotica.

All'inizio di una seduta porta un sogno che l'ha colpita molto: sta camminando per una strada, alla sua destra c'è un marciapiede spartitraffico e dall'altro lato un cane, un molossoide che abbaia verso di lei e prosegue parallelamente. Guardando avanti si accorge che lo spartitraffico finirà a breve e si preoccupa lievemente del fatto che le due strade convergono e quindi il cane l'avrebbe potuta raggiungere. Riflette sul fatto che il marciapiede era basso per cui il cane avrebbe sempre potuto raggiungerla. Al termine dello spartitraffico il cane la

raggiunge ma si posiziona accanto a lei, e pur rimanendo attivo o eccitato quell'attivazione non è contro di lei, anzi, la sente come una cosa buona proiettata in avanti, verso il posto dove stanno andando.

Michela riflette sul sogno, lo interpreta soprattutto rispetto a se stessa dicendo che le sue emozioni non la spaventano più tanto, anzi inizia a sentirle come sue alleate. Ciò che Michela chiama "sue emozioni" per me sono l'eros, il piacere vitale al quale mi rendo conto sta concedendo sempre più spazio nella terapia e nella sua vita, reagendo sempre meno in maniera difensiva. Michela sta vivendo insieme al compagno ormai da diverso tempo e i suoi attacchi di gelosia che la spingono a controllare il telefono di lui sono sempre meno frequenti. Anche l'antipatia e la gelosia verso l'ex compagna di lui stanno diminuendo - la figura di lei per un periodo è stata un persecutore onirico costante, mentre negli ultimi sogni sembra molto debole - così come la paranoia verso i suoceri, dai quali coglieva moltissimi dettagli a riprova del suo sentimento di non essere accettata. A livello lavorativo, Michela è stata nominata direttrice di due punti vendita e sente di essere contenta "ma non così come dovrei essere, anche se ho la sensazione che quella contentezza prima mi avrebbe spaventata". Ho la sensazione che le emozioni stiano diventando dentro Michela possibili e reali, deludenti rispetto all'ideale ma anche meno spaventose. Il cane del sogno forse è questa intensità, la dimensione erotica di questo percorso in cui lei e me, come oggetto erotico transferale, avremmo sempre potenzialmente potuto incontrarci, ma sarebbe stato spaventoso; verso la fine di questo percorso stiamo invece incontrandoci eppure io smetto di essere *altro*, un oggetto esterno, e divento una parte interiorizzata, riconosciuta come una sua parte erotica interna, depotenziata e meno aggressiva, ma riconosciuta e integrata.

Poche sedute successive ho la sensazione che Michela si conceda di includere a pieno titolo anche la parte sessuale nella dimensione erotica. La seduta parte dall'ansia per il vaccino Covid del quale deve fare un'ulteriore dose. Mi dice che, pur avendo già fatto altre dosi, è particolarmente in ansia perché ha paura degli aghi e soprattutto dei prelievi. Mi racconta:

il primo prelievo che ricordo è stato bruttissimo, ero andata dal medico con mio padre, avevo forse sei anni, avevo paura di questa cosa che mi doveva entrare dentro e il medico mi diceva “guarda la farfallina, guarda la farfallina...”. Quando però ho visto il sangue che iniziava a uscire dalla farfallina sono svenuta. Poi mi sono svegliata sul divanetto con il medico che mi diceva ‘non è successo niente’ e mio padre mi ha dato una caramella.

Nell’ascoltare il racconto avevo quasi una sensazione di imbarazzo per una serie di paralleli così esplicitamente sessuali, eppure la paziente non sembrava assolutamente rendersene conto. Invitata ad associare, dopo qualche minuto di silenzio, inizia ad arrossire. “Vabbè, l’ago che penetra potrebbe essere una cosa sessuale, ma io che ne sapevo, ero una bambina”. E dopo altri minuti di riflessione mi chiede: “Non so, il sangue?”. Le ripeto la sua frase, letteralmente: “Quando ho visto il sangue che iniziava a uscire dalla farfallina sono svenuta”. Lei, ancora arrossendo ma con un atteggiamento quasi asettico, mi dice: “Possibile che avevo paura che mio padre mi mettesse incinta?”. Le chiedo se era già a conoscenza di come funzionavano le mestruazioni e il sesso e mi dice che forse sì, delle mestruazioni aveva sentito parlare ma non sapeva esattamente come funzionavano ma del sesso ancora no. Le chiedo che effetto le fa in quel momento raccontarmi quelle cose e mi dice che è imbarazzata ma le sembra assurdo che lei potesse già avere quel tipo di associazioni e le sembra ancora più assurdo che a metafore così esplicite, non fosse subito stata in grado di fare associazioni sessuali. Io ho la sensazione che fosse invece proprio ciò che aveva bisogno di fare in quel momento del percorso terapeutico: collegare la sua parte bambina alla parte adulta perché potessero iniziare a esistere insieme, in un’unica Michela. Alla seduta successiva mi porta con soddisfazione il racconto della seduta precedente, la sorpresa per quanto emerso e, quasi ostentando con orgoglio, la sensazione di avere molta meno paura degli aghi. La mia sensazione è che mi stia mostrando di essere cresciuta e di non avere più paura della sessualità.

Due settimane dopo questa seduta porto in supervisione il suo caso con un docente della SPI. Ricordo che la richiesta da

parte del docente era di portare pazienti dei quali descrivere i sogni, e Michela, per quantità di sogni e per tipologia, mi sembrava proprio un caso classico freudiano della prima ora. Rimasi colpito, però, innanzitutto dalla mia fantasia precedente la supervisione: avevo timore che portando quel caso il supervisore me l'avrebbe distrutto. Quando lo portai mi sorpresi del mio essere impacciato, mi sentivo un ragazzino ed ebbi la sensazione di epurare totalmente il racconto dagli aspetti erotici in favore di una blanda affettività platonica. La supervisione identificò una paziente fobica, sostanzialmente isterica in una triangolazione incestuosa, dove la figura materna separatrice era stata insufficiente per cui la paziente aveva sviluppato una paranoia verso la sua stessa pulsione erotica che proiettava sull'altro al fine di controllarla. Inoltre, il supervisore rilevò come punto in comune tra me e la paziente questa difficoltà di stare nella parte erotica, ipotizzando che potesse essere un importante ostacolo al progresso della terapia.

Per quanto la supervisione fosse sensata e aderente alle dinamiche del caso, la sensazione era di delusione nei miei confronti e rabbia nei confronti della supervisione. Avevo scelto io di portare quella paziente e avevo selezionato io le parti del percorso, gli episodi e gli aspetti a cui dare importanza. Perché avevo portato *quel* caso in *quel* modo a *quel* supervisore? Nella mia analisi personale questo episodio portò a una dinamica già emersa in precedenza nello scambio con il maschile. La parte erotica riguardante l'agone, il piacere del confronto mascolino, per me è un tema difficile. Forse in questo specularmente alla paziente, nella triangolazione edipica. In quest'ottica ho avuto la sensazione di poter poi approfondire insieme alla paziente un'ulteriore sfumatura di questa dinamica più appartenente alla relazione con la madre, da lei ritenuta sempre colpevole di non averla protetta dalla violenza e dalle attenzioni del padre e anche di non essersi saputa proteggere dalle stesse dinamiche violente. O forse, dalla violenza del suo desiderio al quale la madre non si è prestata come esempio di contenitore affettivo, capace di un eros sano e vitale ma sempre vilipeso e sottomesso. O forse, ancora, una parte femminile troppo debole per identificarsi l'aveva indotta ad assumere la parte maschile con funzione consolatoria per la

madre, rassicurante nella sua potenza, ma poi sostanzialmente estranea, scomoda e, infine, persecutoria.

Questi temi emergono ma ho la sensazione che, per quanto trovino un certo aggancio, sono sostanzialmente sbiaditi. Il rapporto di Michela con la madre, ma soprattutto con il femminile, sembrano già entrati in una dinamica costruttiva. Ho la sensazione che Michela accetti sempre di più e in maniera positiva questa sua parte, che continua a crescere dentro di lei. Questa metafora appare curiosamente concreta durante una seduta in cui Michela mi riferisce che con il compagno hanno deciso di sospendere la pillola e darsi la possibilità di avere un bambino. La sensazione che mi arriva è di una decisione maturata soprattutto dentro Michela, ho la sensazione che sia lei stessa a essere la bambina della quale già si sente incinta e vuole *darsi alla luce* con tutti i legittimi desideri e timori rispetto al *dopo* che mi porta da alcune settimane. E il nostro *dopo* si affaccia all'orizzonte quando, all'inizio di aprile, le comunico che la convenzione per il tirocinio terminerà alla fine di maggio e che dunque dovrà decidere se concludere il percorso con me oppure proseguirlo in regime privato.

Michela mi dice che le dispiace molto di questa notizia ma già da un po' stava pensando al termine di questo percorso. Valuterà come regolarsi al termine stabilito ma la sua sensazione è che, nonostante i timori, probabilmente deciderà di terminare il percorso.

Nelle sedute successive continua a portare diversi sogni, nell'ultima seduta ne porta due. Nel primo, mi dice con una certa soddisfazione, ha sognato un suo collega di lavoro. Un ragazzo molto bello, con il quale anni fa c'era stata una forte paranoia perché lui si era interessato a lei ma, rendendosi conto che lui era vuoto e interessato solo al sesso, lo aveva allontanato e poi aveva sentito un forte imbarazzo persecutorio nel corso degli anni, ogni volta che avevano a che fare in negozio. Nel sogno lei aveva un amplesso con lui e al risveglio aveva avuto un orgasmo. Michela commenta questo sogno dicendo che si sentiva contenta di aver potuto fare quel sogno senza sentirsi in paranoia per sé o per il suo compagno. Anzi, lo collega al fatto che negli ultimi tempi sul lavoro aveva avuto a che fare di nuovo con questo ragazzo e si era resa conto di

essere meno ostile con lui e di accettare di provare attrazione fisica senza sentirsi minacciata da questo sentimento. Riflettiamo e *giochiamo* sulla possibilità che stesse facendo vedere a me tutta la sessualità che avrebbe voluto ostentare davanti al padre. Vuole farmi ingelosire come voleva far ingelosire il padre? Chiaramente no, mi dice Michela in tono rilassato che a me pare anche lievemente malizioso. Mi racconta poi un secondo sogno dicendomi che però, per quanto fosse estremamente vivido e curioso, non riusciva proprio a trovare nessun collegamento. Si trovava a parlare sempre con un collega di cui non ricorda l'identità e mentre parlavano lui masticava delle cose e glielne porgeva e lei le mangiava senza nessuna sensazione di stranezza. Invitata a riflettere mi dice che forse il collega era il vecchio direttore, di cui aveva preso il posto alla sua promozione e con cui erano stati sempre in buoni rapporti. E forse sentiva che stava prendendo *dalla sua bocca* l'esperienza. Io sono molto colpito di quanto, soprattutto in ottica transferale, questo sogno possa simbolizzare la nostra dinamica di *rêverie*. Ho la sensazione che, in qualche modo, una ragazza partita da un controllo e una dimensione cognitiva così dominante, ora stia sviluppando una sensibilità verso il proprio inconscio, le emozioni e la parte erotica, tanto che ora stia fiorendo alla vita e che per qualche strana sincronicità mi porti sotto forma di sogno il simbolo del nostro percorso e della sua fine. Le racconto la mia associazione tra il suo sogno e il concetto di *rêverie*, e sul parallelo tra la separazione con il suo vecchio direttore e la nostra imminente separazione. Michela resta sorpresa del concetto di *rêverie* e ipotizza di buon grado l'interpretazione. Ho la sensazione che questo ci permetta di provare entrambi una certa piacevole emozione.

Al momento mancano ancora quattro incontri al termine del nostro percorso e cinque ne mancano nel mio per terminare la Scuola. Rileggendo quanto ho scritto mi rendo conto dei tanti errori commessi in questo percorso e quanti me ne ha perdonati la paziente e quanto con altri pazienti questi stessi errori sono stati maestri preziosi. Di quanto il setting sia stato per me una salvezza, di come violarlo all'esterno sia stato un modo per capirne l'essenzialità e poterlo trovare più saldamente all'interno. Mi rendo conto di quanto il percor-

so sia stato un percorso di umanizzazione, di trasformazione di parti confuse e meramente funzionali, in parti individuate, affettive e integrate con il tutto. Mi chiedo quanto ancora, progredendo nella mia formazione, potrei vedere in futuro di questo percorso e del mio lavoro come terapeuta, quanti errori, sfumature e connessioni ancora non sono in grado di percepire e auspicabilmente lo sarò domani. In quante emozioni e dimensioni relazionali non sono ancora in grado di stare, ma ho la sensazione che non ci possa mai essere una risposta diversa a queste domande se non quella libertà di riconoscersi umani che tanto mi colpì nel primo libro che lessi di Erba, *Domanda e Risposta*, in cui i pazienti entravano e uscivano dal suo studio con una piena autonomia, un'adulità alla quale sembravano poter attingere negli occhi del loro terapeuta, quasi che tutto il percorso potesse ridursi alla possibilità di fermarsi in quella relazione e riconoscersi in quello sguardo. Credo che nonostante tutti i dubbi su noi stessi sia possibile diventare buoni terapeuti, persone capaci di accogliere e prendersi cura di un altro essere umano, e se riuscissimo ad avere quello sguardo sui nostri pazienti come su noi stessi, questo lavoro, così come il vivere, potrà essere niente altro che un continuo incontro d'amore.

Laura Schwarz ha esercitato per decenni l'attività di psicoanalista e psicoterapeuta per bambini, adolescenti e adulti sia nel pubblico sia nel privato, ha condotto gruppi di formazione e supervisione presso diversi enti e ha svolto attività didattica presso la *Scuola di specializzazione in psicoterapia di Area G*.

Riparazione

Il 12 luglio 1979, aprendo il *Corriere della Sera*, vidi che veniva dato grande rilievo alla notizia che l'avvocato Giorgio Ambrosoli era stato ucciso la notte precedente davanti alla propria abitazione.

"Ambrosoli" mi chiesi "c'entrerà forse con quello che era stato, a suo tempo, mio compagno di classe al liceo Manzoni di Milano?". Si trattava di uno dei pochi compagni maschi di quella classe, un tipo particolarmente slavato e per me assolutamente non interessante; tutt'altro che studente brillante (aveva ripetuto un anno di scuola) e per giunta, ai miei occhi di ragazzina fiera finalmente di appartenere a uno stato repubblicano, aveva la spudoratezza di manifestare intensi sentimenti monarchici e di raccontare, a chi aveva voglia di ascoltarlo, che ogni tanto andava in Portogallo a far visita al deposedo re Umberto II di Savoia.

Sì, era proprio lui, e naturalmente cominciai a leggere con curiosità quanto di primo acchito ne scrivevano i giornali.

Si tratta di una storia lunga e complessa, difficile da sintetizzare qui in poche righe; emergeva comunque chiaramente che Giorgio Ambrosoli, divenuto avvocato, nel 1976 aveva ricevu-

to dalla Banca d'Italia l'incarico di liquidare la Banca privata italiana di Sindona, di cui era nota e chiara la natura mafiosa. Evidentemente la Banca d'Italia vedeva in Ambrosoli un apprezzabile ed esperto servitore dello Stato e gli aveva quindi affidato un compito tutt'altro che facile. Da tempo, coadiuvato dal maresciallo Novembre, si dedicava a questo complicatissimo incarico nonostante le frequenti telefonate e missive minacciose che gli intimavano di abbandonarlo.

Ciò che ora sappiamo su Giorgio Ambrosoli lo dobbiamo prevalentemente al bel libro di Corrado Stajano *Un eroe borghese* (Milano, Feltrinelli, 1991): un'accurata biografia della persona, dalla nascita alla costruzione di una famiglia armonica, ricca di affetti e di solidarietà coniugale. Giorgio non aveva in alcun modo nascosto alla moglie i rischi che comportava per l'intera famiglia l'accettazione del suo incarico, manifestando piena fiducia nella capacità di lei di gestire l'avvenire dei figli nel caso le minacce mafiose si fossero concretizzate.

Dal momento in cui appresi la notizia di questa tragica morte nacque in me un qualcosa di somigliante a un desiderio di RIPARAZIONE: mi sentivo come in debito verso di lui, un debito morale verso quel mio ex compagno di scuola.

Ma cosa mai avrei dovuto riparare? Quale torto, in fondo, gli avevo mai fatto?

Si parla di riparazione a proposito di cose rotte che andrebbero aggiustate; io tuttavia, durante quell'anno scolastico, non avevo mai "rotto" il rapporto con Giorgio, al massimo si può dire che l'avessi ignorato. Avevo, a suo tempo, assunto nei suoi confronti un atteggiamento che oggi potrei definire "snobistico": ero fiera di appartenere a una famiglia che allora avrebbe anche potuto essere considerata progressista ed ero soddisfatta di sentirmi, per così dire, à la page, nutrendo un lieve disprezzo per chi non mi sembrava tale.

Leggendo *Un eroe borghese* mi sono rammaricata di non aver scoperto in tempo le promettenti virtù di quello slavato compagno di scuola. Era monarchico, va bene, ma ciò potrebbe mai costituire una colpa? E inoltre non sapevo (e tuttora ignoro) se Giorgio nutrisse realmente sentimenti monarchici, o se invece provasse semplicemente affetto per il deposedo re Umberto II. Non si tratterebbe di una cosa così rara o sorprendente.

te: tanto per dire anche mia madre, proveniente da una benestante famiglia di origine ebraica, aveva espresso una vena di nostalgica tristezza nel dare il proprio voto repubblicano al referendum.

E una persona non è mai responsabile degli affetti che l'animano: di un affetto non si può mai dire se sia "giusto" o "sbagliato"; può invece accadere che nel corso di un'analisi o anche semplicemente nel corso della propria vita, un individuo si accorga che i propri affetti si sono, in qualche modo, trasformati.

Comunque sia confesso, dopo aver ormai già chiuso la mia lunga vita professionale, di imbartermi solo ora in una serie di riflessioni sul concetto di riparazione.

Ripensandoci oggi, mi sembra che la nostra vita quotidiana e gran parte degli scambi umani implicino, almeno quando le cose vanno sufficientemente bene, un'incessante dinamica di azioni e riparazioni; e a maggior ragione che tale dinamica caratterizzi (o comunque dovrebbe caratterizzare) l'intercambio di un trattamento psicoterapeutico.

Nonostante le celebri parole di Metastasio "voce dal sen sfuggita più riparar non vale", nella realtà c'è sempre la possibilità di chiedere scusa; e negli scambi umani capita fortunatamente (almeno qualche volta!) di chiedere perdono per aver commesso un torto.

La rispettiva posizione di psicoterapeuta e paziente esige, o comunque esigerebbe, che il terapeuta sia il più duttile possibile nel rivedere e continuamente modificare il proprio modo di percepire e rappresentarsi il paziente; è anche assai importante che si interroghi e sia pronto a prender coscienza degli aspetti meno consapevoli della propria SCALA DI VALORI. Infatti, nel corso della vita accade spesso che un individuo constati di aver in parte mutato la propria scala di valori e di conseguenza il proprio giudizio su ciò che ritiene "giusto" o "sbagliato": cito un esempio che a suo tempo mi aveva toccato molto. Io che avevo ammirato Toscanini, riparatosi negli Stati Uniti per non dover anteporre ad ogni suo concerto l'inno fascista *Giovinezza*, vituperavo dentro di me il direttore d'orchestra tedesco Wilhelm Furtwängler per aver diretto dei concerti alla presenza di Hitler e in particolare nell'occasione

del suo compleanno. Ma quando mi accadde parecchi anni dopo la fine della guerra di assistere al film americano *A torto o a ragione*, confesso che il mio cuore palpitò per il povero Wilhelm, sbeffeggiato e umiliato crudelmente dai vincitori, senza riuscire a spiegarsi di che cosa mai venisse incolpato. Non avrei mai immaginato che ciò potesse accadermi!

LUCIANO MANICARDI LA PASSIONE PER L'UMANO



VITA E PENSIERO

T R A N S I Z I O N I

In questi giorni è stato pubblicato con *Vita e Pensiero* il nuovo libro di Luciano Manicardi, monaco della *Comunità di Bose* e grande amico e collaboratore de *Il Ruolo Terapeutico*.
Ne condividiamo con piacere immenso la notizia e un breve estratto della presentazione.

La passione per l'umano

di **Luciano Manicardi**

Il testo [...] raccoglie alcuni dei seminari che Luciano Manicardi ha tenuto nel corso degli anni al *Ruolo Terapeutico* di Milano, centro clinico e scuola di formazione alla psicoterapia fondato negli Anni Settanta da Sergio Erba.

Perché “un monaco biblista, con formazione umanistica e filologica, senza alcuna preparazione specifica in ambito psicoanalitico” collabora con una scuola per psicoterapeuti? Per molte ragioni, ma per due almeno in particolare.

Innanzitutto, per l'approccio interdisciplinare con il quale Manicardi tratta e ha sempre trattato le tematiche antropologiche ed esistenziali che tanto gli stanno a cuore, applicando punti di vista diversi allo stesso argomento.

Poi per la profonda passione per l'umano che l'autore testimonia in tutto il suo lavoro e che gli consente di muoversi agevolmente fra discipline differenti, dove la letteratura spicca per la sua capacità di illuminare “le tematiche che parlano dei comportamenti umani, dell'animo umano, delle contraddizioni che abitano il cuore umano”.

I QUADERNI DEL RUOLO TERAPEUTICO

© Copyright 2023 IL RUOLO TERAPEUTICO

RESPONSABILE DELLA PUBBLICAZIONE:

Il Ruolo Terapeutico

Stampato in Italia
presso Olivares Srl
Robecco sul Naviglio (MI)

 il RUOLO[®]
TERAPEUTICO